

L'ODONTOLOGIE

Châteauroux. — Typographie et Lithographie A. MELLOTTÉE.



LA "REVUE INTERNATIONALE D'ODONTOLOGIE
ET "L'ODONTOLOGIE" RÉUNIES

Dirigées par PAUL DUBOIS *de 1881 à 1896*

REVUE BI-MENSUELLE

PARAISSANT LE 15 ET LE 30 DE CHAQUE MOIS

Organe de l'Association générale des Dentistes de France, de l'Ecole Dentaire de Paris & de la Société d'Odontologie de Paris.

PIERRE FAUCHARD 1690-1762

TOME XXIX

1er Semestre 1903

23me ANNÉE. — 2me SÉRIE, VOL. XVI

PAUL DUBOIS 1848-1896

LOUIS THOMAS 1846-1893

RÉDACTION ET ADMINISTRATION
À L'ECOLE DENTAIRE DE PARIS, 45 Rue de la Tour d'Auvergne PARIS.

23e ANNÉE. N° 1 15 JANVIER 1903 VOL. XXIX



L'Odontologie est une TRIBUNE LIBRE, où toutes les opinions peuvent se produire ; les signataires gardent l'entière responsabilité de leurs appréciations.

Travaux Originaux

QUELQUES CONSIDÉRATIONS SUR LE TRAITEMENT DE LA CARIE DU 4e DEGRÉ SIMPLE OU COMPLIQUÉE D'ABCÈS ALVÉOLAIRE

Par M. le Dr MAURICE ROY,

Président de la Société d'Odontologie de Paris.

Communication à la Société d'Odontologie de Paris.

Le traitement de la carie du 4e degré est l'un des plus délicats que nous ayons à faire et celui qui présente le plus d'aléa, quant au résultat définitif. Toutefois avec un traitement mené d'une façon méthodique et suivant des principes d'une rigoureuse antisepsie, il est possible de réduire considérablement cet aléa.

C'est pourquoi je voudrais vous présenter quelques considérations pratiques au sujet du traitement de la carie du 4e degré telles qu'elles se dégagent de mon expérience personnelle et de mes observations.

Je n'ai en aucune manière la prétention de vous présenter quelque chose de nouveau, mais je voudrais seulement préciser quelques points de technique qui, à mon sens, ont une importance capitale et sont assez fréquemment méconnus.

Si l'accord est complet quant à la nécessité de l'antisepsie dans le traitement de la carie du 4[e] degré il n'en est pas tout à fait de même quant à la manière dont celle-ci doit être pratiquée. C'est sur ce point que je voudrais appeler votre attention.

Certains praticiens fondent tout leur traitement sur la puissance d'un agent médicamenteux, d'autres sur quelque procédé opératoire.

Comme en beaucoup de choses, un traitement judicieux de la carie du 4[e] degré n'est ni dans l'une ni dans l'autre de ces formules exclusives : *in medio stat virtus.*

Il suffit de réfléchir aux désordres que l'on a à combattre, à leur nature et à la situation des parties à traiter pour s'en rendre compte. Un antiseptique, quelle que soit sa puissance, ne doit avoir pour but que d'agir sur un milieu propre, au sens *vulgaire du mot*, et non sur un milieu où se trouvent encore des détritus macroscopiques ; l'action qu'il devra exercer sur les éléments microscopiques constitue déjà une tâche assez grande sans chercher à faire agir cet antiseptique sur de gros débris organiques. En outre ces débris sont le plus souvent formés de matières albuminoïdes se coagulant superficiellement sous l'action de l'antiseptique, ce qui empêche celui-ci d'agir sur les microorganismes contenus dans la trame organique et ces microorganismes retrouvent toute leur activité lorsque cette trame organique, superficiellement coagulée, vient à être dissociée sous une action quelconque.

Quand je parle de gros détritus organiques, je n'ai pas en vue uniquement la pulpe ou ses filets radiculaires, car, ici, à la Société d'Odontologie, je n'ai pas besoin de parler de la nécessité d'enlever, avant toute désinfection, la pulpe et les filets radiculaires, c'est un truisme que je rougirais de développer devant vous. Mais la pulpe et les filets radiculaires enlevés, il reste le long des parois des canaux des produits de décomposition variés plus ou moins adhérents aux parois canaliculaires, ce sont eux que j'ai particulièrement en vue. Trop souvent on ne compte pas

assez avec ces produits ou plutôt on compte trop sur les vertus de l'antiseptique que l'on emploie pour en annihiler les effets septiques. C'est une erreur qui explique nombre d'échecs immédiats ou tardifs. Il est indispensable, avant de chercher à faire agir un antiseptique dans les canaux, de faire disparaître de ceux-ci *toute trace* des particules septiques macroscopiques ; c'est là une condition préliminaire indispensable d'une désinfection efficace. Cette opération est le plus souvent longue, parfois très longue, mais, si elle a été faite d'une façon complète, le succès du traitement, en dehors de toute complication antérieure à l'apex, est presque assuré même avec un antiseptique de valeur moyenne, *a fortiori* avec un antiseptique de grande puissance, appliqué, bien entendu, dans des conditions d'antisepsie aussi rigoureuses qu'il est possible.

J'estime donc que le succès dans le traitement de la carie du 4e degré dépend infiniment plus de la façon dont ce traitement est pratiqué que des agents médicamenteux qu'on peut employer et, à mon avis, on peut obtenir des succès plus considérables avec un antiseptique, même médiocre, si le traitement antiseptique est pratiqué d'une façon rigoureuse et précédé, ceci est un point capital, *d'un nettoyage mécanique parfait* des canaux, que si l'on emploie un antiseptique très puissant sans s'astreindre préalablement à ce nettoyage mécanique absolu.

Mais ceci posé, il ne faut pas tomber dans l'excès contraire et suivre une pratique exagérée dans le sens opposé, c'est-à-dire celle qui consiste à rechercher uniquement la désinfection mécanique qui résumerait tout le traitement et après laquelle on pourrait pratiquer l'obturation immédiate des canaux.

Si, dans la première partie de ce petit exposé, j'ai insisté sur la désinfection mécanique, je ne pense pas, à beaucoup près que celle-ci suffise à elle seule. Il faudrait pour cela que nous eussions à faire à des tissus absolument imperméables et dans l'épaisseur desquels les microorganismes n'eussent pu pénétrer, comme un tube de verre par exemple.

Tel n'est pas le cas pour la dent ; les recherches anatomo-pathologiques et bactériologiques montrent au contraire que les microorganismes pénètrent profondément dans l'épaisseur de l'ivoire et infectent assez profondément le ligament radiculaire.

Si celui-ci, grâce à sa vascularisation, peut, lorsque le reste de la dent est désinfecté, réduire à néant par la phagocytose les microorganismes qui peuvent, en petit nombre, se trouver à son contact, il ne saurait en être de même de l'ivoire. Il importe donc de désinfecter celui-ci dans toute son épaisseur avant de procéder à l'obturation, ce qui ne peut se faire efficacement d'une façon extemporanée, mais seulement par un pansement à demeure pour lequel on donnera la préférence aux antiseptiques volatils, particulièrement aux essences, qui vont porter leur action au loin et, à travers l'apex, agir en même temps sur le périoste.

Dans la pratique que je suis depuis de longues années je me suis efforcé de réaliser ces divers desiderata par un traitement méthodique et j'en obtiens les meilleurs résultats. Dans la majorité des cas, j'observe la guérison parfaite de la dent après un seul pansement, exception faite bien entendu pour les cas où il existe préalablement une complication périradiculaire, et encore vous dirai-je quelques mots sur la façon dont je procède dans les cas d'abcès alvéolaire chronique.

Voici, brièvement résumés, les divers stades du traitement que j'emploie et la façon dont je procède.

Dans une première séance, je prépare la dent en vue du traitement des canaux et de l'obturation de la dent de façon à ne plus avoir à revenir sur cette dernière préparation. Dans cette même séance, j'enlève les plus gros détritus qui se trouvent dans les canaux en procédant à cette première exploration avec la prudence nécessaire pour ne pas refouler de produits septiques au delà de l'apex. Je laisse ensuite la dent en observation un jour ou deux avec un simple tampon d'ouate.

Dans une seconde séance, je procède au nettoyage *com-*

plet des canaux et à leur pansement antiseptique. Pour cela, je prépare à l'avance, pour chaque canal, une demi-douzaine de sondes au moins munies de mèches de grosseur appropriée et je les fais tremper dans le chloroforme où elles séjourneront durant toute la durée du nettoyage mécanique des canaux, pour servir seulement à la fin. Ce bain d'un quart d'heure à une demi-heure suffit pratiquement pour les rendre aseptiques. Je prépare également dans les mêmes conditions pour le pansement de chaque canal une mèche que je place à part dans le chloroforme également[1].

Ceci fait, je place la digue et procède au nettoyage des canaux à l'aide d'autres mèches préparées soit d'avance, soit extemporanément et imbibées d'alcool d'abord, de chloroforme ensuite jusqu'à ce qu'une demi-douzaine de mèches au moins soient sorties absolument intactes, ce que je contrôle en les posant sur un gros tampon d'ouate sèche où, le liquide de lavage évaporé, il est facile de voir les plus petites différences de coloration.

L'exécution *absolument complète* de ce nettoyage presque exclusivement mécanique est, je l'ai dit déjà, un point capital dans la carie du 4e degré. Il est inutile de faire un pansement antiseptique avant son achèvement complet et ce nettoyage demande parfois le passage successif dans les canaux d'un nombre considérable de mèches.

Le nettoyage achevé, je lave la dent et les canaux à l'alcool, je sèche à l'air chaud et je passe dans chacun des canaux une demi-douzaine environ des sondes préparées au début et qui sont aseptisées par leur immersion prolongée dans le chloroforme. Je sèche alors de nouveau à l'air chaud, je prends les mèches préparées à l'avance en vue du pansement, j'en évapore le chloroforme et les introduis dans les canaux après les avoir imbibées d'essence de cannelle. Je place alors dans la chambre pul-

1. On pourrait également, pour cette stérilisation des mèches, recourir au flambage des mèches imbibées d'alcool boriqué à saturation suivant le procédé préconisé par M. Pont (Voir *L'Odontologie* 1902 vol. XXVIII, p. 523).

paire, par-dessus les mèches, quelques fragments de papier d'amiante préalablement flambés, j'éponge avec des tampons aseptiques l'excédent d'essence et je recouvre le tout de gutta-percha.

Je laisse ce pansement en place huit à dix jours, au bout desquels je trouve, dans la majorité des cas, la dent en parfait état et je puis procéder à l'obturation des canaux après cet unique pansement. Il ne m'arrive que très rarement d'être obligé de pratiquer un ou plusieurs pansements nouveaux que je pratique dans les mêmes conditions et c'est le plus souvent dans le cas d'abcès alvéolaire ouvert uniquement par le canal que j'ai dû le faire. J'excepte, bien entendu, les cas où la présence d'un kyste radiculaire vient compliquer le traitement.

J'ajouterai un mot au sujet de l'essence de cannelle que j'emploie pour ma part de préférence à tout autre antiseptique. Je suis, en effet, de l'avis de Dubois quant à la préférence à donner aux produits volatils dans le traitement de la carie du 4e degré : « Le contact direct des antiseptiques et des microorganismes influe sur la vitalité de ceux-ci. Mais ce contact direct n'est pas toujours facile à obtenir quand les parties souillées gisent dans l'intimité même des tissus et dans les parties éloignées ou peu accessibles..... Le médicament volatil est supérieur, il agit à distance et d'une façon continue. Les parties malades s'en imprègnent lentement et subissent des modifications changeant la nature du terrain et créant un milieu antiseptique[1]. » Ceci étant, il est préférable de recourir à l'essence de cannelle de préférence à toute autre, puisque c'est, de toutes les essences, celle dont les propriétés antiseptiques sont les plus considérables, ainsi que cela résulte des recherches de MM. Cadéac et Meunier.

Néanmoins, je me hâte de le dire, malgré mes préférences pour l'essence de cannelle, je n'attribue à cet antiseptique aucune vertu spécifique, pas plus qu'on ne peut en attribuer à aucun autre agent. Je suis convaincu qu'avec

---

1. P. Dubois, *Aide-mémoire du chirurgien-dentiste*. Thérapeutique de la carie dentaire, p. 179.

tout autre antiseptique, même d'intensité moyenne, il est possible d'obtenir des résultats aussi satisfaisants que ceux que je note, à condition de suivre dans le traitement un manuel opératoire minutieux et méthodique, *de ne procéder au pansement qu'après un nettoyage mécanique complet de la dent et des canaux* et de procéder enfin à toutes les manœuvres de pansement dans des conditions d'antisepsie absolue.

En ce qui concerne l'obturation des canaux, je suis partisan de leur obturation avec un mélange antiseptique de préférence à une substance inerte dans le but de compléter encore si besoin était la stérilisation profonde des tissus dentaires et d'empêcher le développement ultérieur de particules septiques qui auraient échappé à la désinfection. Je pratique cette obturation à l'aide d'une pâte iodoformée ainsi composée :

Iodoforme.............................. } p. e.
Oxyde de zinc.......................... }
Essence de girofle q. s. pour faire une pâte assez claire.

J'obture à l'aide de cette pâte sans laisser de meches même imprégnées de pâte iodoformée dans les canaux. Dans le cas où le canal est d'accès un peu difficile, j'obture, par-dessus la pâte, avec un fil métallique fin suivant la pratique conseillée par Dubois.

*
* *

Après vous avoir exposé les grandes lignes de mon manuel opératoire dans les cas de carie simple du 4e degré, je voudrais vous dire quelques mots des caries qui sont compliquées d'abcès alvéolaire et particulièrement de fistules gingivales. Cette complication est généralement regardée comme grave et particulièrement rebelle au traitement. Pour ma part, depuis que je pratique le traitement que je vais vous exposer, j'en suis arrivé à la considérer comme d'une gravité très relative. Je parviens, en effet, à obtenir la guérison dans la majorité des cas où la racine n'a pas subi des atteintes par trop graves par suite de poussées

inflammatoires répétées.

Je ne m'étendrai pas sur les différents traitements préconisés dans ce cas et me contenterai de vous indiquer mon manuel opératoire.

Dans le traitement que je pratique, je traite comme deux choses distinctes la carie du 4ᵉ degré, cause première de l'abcès alvéolaire, et la fistule consécutive. Nous nous trouvons en effet dans ce cas en présence d'un épiphénomène qui, si sa guérison reste liée dans une certaine mesure à la disparition de la cause, l'infection radiculaire, ne guérit pas forcément par la disparition de celle-ci [1].

En cas de fistule gingivale, les désordres sont en effet très développés au pourtour de la racine et souvent dans des portions assez éloignées de l'apex, en sorte que les agents médicamenteux introduits par le canal radiculaire ne peuvent généralement pas agir sur les portions malades, d'autant plus que, dans ces cas, l'ouverture apicale est souvent très étroite. En outre, les désordres ne se trouvent pas limités à la racine mais intéressent aussi l'alvéole qui a été nécrosé dans une étendue plus ou moins considérable.

On conçoit donc aisément pourquoi une fistule gingivale n'est souvent nullement influencée par le traitement de la dent.

Dans ces conditions le traitement de la dent dans ma pratique ne diffère en aucune façon du traitement que je suis dans les caries du 4ᵉ degré simples, tel que je vous l'ai exposé il y a un instant. Dans une première séance j'ouvre et prépare la dent et les canaux, dans une seconde séance je nettoie et désinfecte les canaux.

Quant à la fistule elle-même, à l'aide de sondes à canaux et de mèches imbibées d'une solution antiseptique je nettoie le trajet fistuleux jusqu'à l'apex de la racine, lorsque j'ai achevé la préparation de la dent, dans la première séance, Si le trajet est un peu étroit, j'y passe des mèches progressivement de plus en plus grosses pour le dilater.

---

1. L'extraction exceptée bien entendu et je n'ai pas besoin d'insister sur les raisons de la guérison dans ce cas, puisque le foyer de suppuration se trouve alors largement ouvert et disparaît en même temps que se cicatrise l'alvéole.

Lorsque j'ai ainsi largement ouvert ce trajet fistuleux et que je l'ai débarrassé du pus et des fongosités qui s'y trouvaient, et cela autant qu'il est possible jusqu'à l'apex de la racine, j'introduis dans le dit trajet une mèche d'ouate imbibée d'une solution de chlorure de zinc à 10 o/o que je laisse en place une demi-heure à une heure environ ; je la laisse dépasser un peu au dehors sur la gencive et le malade la retire lui-même aisément.

Dans la seconde séance je procède comme je viens de le dire au nettoyage et au pansement antiseptique des canaux, sans plus m'occuper de la fistule et je laisse la dent quinze jours en observation. Au bout de ce temps, et sans autre traitement, je constate généralement que la fistule est complètement fermée et la dent en parfait état. Je procède alors ou à l'obturation immédiate ou à un nouveau pansement d'épreuve, le plus ordinairement inutile. Si, au bout d'une dizaine de jours, la fistule n'est pas fermée, je fais un nouveau pansement de la dent et un nouveau nettoyage de la fistule suivi de l'application d'une mèche de chlorure de zinc à 10 o/o dans les mêmes conditions que la première fois. Mais il est assez rare que je sois obligé de répéter cette application.

Enfin, dans certains cas particulièrement rebelles, j'ai eu recours à l'ouverture large de la fistule au bistouri suivie d'un curettage de l'alvéole et de la racine, terminé par une application de chlorure de zinc. J'ai eu surtout recours à ce mode de traitement dans quelques cas où il n'y avait pas de trajet fistuleux, mais où un petit abcès alvéolaire chronique venait de temps en temps se collecter sous la gencive sans grande réaction inflammatoire et sans aller jusqu'à l'ouverture d'un trajet fistuleux. J'ai pu obtenir ainsi la guérison de cas que j'avais, un moment, considérés comme désespérés ou justiciables uniquement de la réimplantation. Bien entendu dans ces derniers cas cette intervention était précédée d'une anesthésie locale à la cocaïne.

Telles sont les quelques considérations que je voulais exposer au sujet du traitement de la carie du 4e degré.

Comme je le disais au début, je n'ai pas la prétention de vous présenter quelque chose de nouveau. J'ai seulement voulu préciser quelques points de pratique et c'est pourquoi je vous ai indiqué la technique que je suis dans ce traitement en vous indiquant les raisons qui me paraissaient militer en faveur de telle ou telle manière de procéder. Je serais très heureux si cette petite communication pouvait être l'occasion d'un débat sur ce point si intéressant de notre thérapeutique spéciale et si plusieurs d'entre vous voulaient bien venir nous exposer à leur tour leurs idées et leur technique particulières dans le traitement si délicat de la carie du 4e degré et de ses complications.

C'est de l'échange des idées et des procédés de chacun que peut naître une thérapeutique rationnelle, que nous devons nous efforcer d'établir.

PROCÉDÉ DE RÉTENTION DES APPAREILS A PLAQUE

SYSTÈME DE SUCCION SIMPLE

Par M. Touvet-Fanton,

Professeur suppléant à l'École dentaire de Paris.

(Communication à la Société d'Odontologie de Paris.)

Sans doute nous devons tendre toujours et nous arrivons la plupart du temps à réduire les appareils à plaque, pour les remplacer par des appareils d'art (travaux à pont, etc.) plus en harmonie avec les progrès de notre art : je l'ai déjà dit à propos des pivots à rotule et ce n'est pas moi qui m'en dédirai. Mais il est incontestable aussi que nous sommes obligés d'avoir recours quelquefois aux appareils à plaques et que, lorsqu'un maxillaire est entièrement dépourvu de dents, de soutiens, nous sommes réduits à l'emploi des pièces dites à succions.

Or, dans cet ordre d'idées, il n'arrive pas toujours que la rétention d'une plaque palatine soit facilement obtenue. Nous connaissons tous les difficultés éprouvées souvent lorsqu'il ne faut remplacer que les molaires, les dents dites de bouche subsistant toutes, ou bien lorsque le palais est plat, etc., etc. Au maxillaire inférieur, d'autre part, quelles difficultés ne rencontrons-nous pas quelquefois pour obtenir la stabilité, lorsque l'on ne veut pas utiliser les ressources encombrantes que nous fournissent les ressorts et que ce maxillaire, vierge de dents depuis longtemps, ne présente pas de crête alvéolaire bien accentuée !

Pour les plaques palatines on a essayé bien des genres de succion. La meilleure succion est l'application parfaite de toute la plaque en tous les points de sa surface, soit ; mais quelquefois, si le palais est plat, les molaires seules devant être remplacées, le bord du maxillaire étant là très échancré et les muscles des joues et des lèvres venant faire levier sur les fausses gencives qui forment une partie de la surface nécessaire à l'appareil, il s'ensuit un déclanchement presque impossible à empêcher. De là les nom-

breux essais de succion artificielle : la chambre à air simple, dite succion à pression atmosphérique ; ventouse genre succion Contenau, etc.

Nous en connaissons les inconvénients : toutes les succions sont les mêmes ; celle de Contenau offre plus de rétention, mais au prix des plus grands inconvénients : changement de caoutchouc pour l'appareil et lésions du maxillaire pour l'organisme. Ces raisons amènent une autre orientation des idées des chercheurs ; de là résulte celle de la gutta spéciale du Dr Speer ;

Inconvénients : magma septique et changement de volume.

Je désire vous présenter ce soir un procédé qui, tout en étant dépourvu de prétention, me paraît donner avec la simplicité un maximum de bon résultat : vous en jugerez tout à l'heure par vous-mêmes, car, outre l'expérience que j'en ai faite et l'affirmation que j'en apporte, je vous présenterai différents cas *in anima vili* et vous pourrez vous convaincre expérimentalement.

Les circonstances qui m'ont amené, il y a quelques années, à employer ce moyen très simple me paraissent intéressantes à signaler.

Un malade se présenta chez moi porteur d'un appareil à succion ; il avait plusieurs pièces analogues faites chez différents confrères, dont l'un des meilleurs, et aucune cependant ne conservait la stabilité.

Non prévenu, je n'eusse sans doute pas mieux fait ; mais mis en éveil par l'échec de notre confrère réputé, j'examinai plus attentivement mon patient et je constatai, en outre des plaques confluentes de leucoplasie linguale dont il était atteint, une généralisation à toute la muqueuse palatine de l'affection leucoplasique. Et l'état corné, assez peu apparent d'ailleurs de cette muqueuse, n'expliquait les échecs successifs de mes confrères.

Il ne me restait plus à choisir comme moyen de rétention que la succion à vis, le tire-pavé, mais je répudiai cette idée, craignant les conséquences d'une nouvelle excitation de la muqueuse devant la tendance à l'envahissement de

la stomatite présente. Je mis tout d'abord mon malade au traitement par l'eau salée. Et puisque la muqueuse ne s'adaptait pas à l'appareil (la montagne n'allant pas à nous, nous irions à la montagne), je pensai à faire une plaque qui, elle, s'adapterait à la muqueuse, mais par la partie seulement qui servait d'attache primordiale, celle de la chambre à air. Et je fis une succion à chambre à air ordinaire, mais en caoutchouc mou, débordant très légèrement.

Le résultat fut parfait, la rétention immédiate.

Vous concevez alors que sur une muqueuse normale, souple, l'adaptation ne peut être que plus rapide.

Vous pouvez vous en convaincre par le fonctionnement des plaques palatines que voici, qui, n'ayant été faites que pour pouvoir vous montrer directement le résultat et n'ayant pas pour but de remplacer des dents qui ne sont d'ailleurs pas absentes, ne peuvent même pas devoir leur adhérence à l'usage.

Il y a mieux, c'est que la chambre à air et même le simple sillon circulaire deviennent inutiles et il suffit, comme vous le voyez, d'une simple petite surface molle au milieu de la plaque résistante pour augmenter considérablement la force et la rapidité de l'adhérence.

Voici différents types de ces appareils pour le haut et aussi *pour le bas,* que je laisse d'ailleurs au musée de l'École.

Nous n'avons plus ici, ni les grandes surfaces molles déformables et septiques, ni la petite surface dangereuse du tire-pavé : nous avons simplement une petite surface souple, plus adhérente par conséquent, qui, imitant une deuxième muqueuse s'adapte à la vraie et oblige le complément de l'appareil à se maintenir à son contact et à y adhérer lui-même. Si le moyen est très simple, il n'en a pas moins une conséquence complex en multipliant la rétension de tous les points de la surface qu'il fait utiliser immédiatement.

ASSOCIATION FRANÇAISE POUR L'AVANCEMENT DES SCIENCES

Session
Montauban-Toulouse



Août 1902.

SECTION D'ODONTOLOGIE

Lundi 11 août.

Présidence de M. le Dr CHEMIN.

Président de la Société des dentistes du Midi.

1re SÉANCE DE DÉMONSTRATIONS PRATIQUES

Tenue au *Dispensaire du bureau de bienfaisance de Toulouse.*

DÉMONSTRATIONS DIVERSES

1° ANESTHÉSIE GÉNÉRALE PAR LE SOMNOFORME, PAR M. LE Dr ROLLAND.

Observation I. — M. X..., 11 ans, durée de l'inhalation 35″, anesthésie parfaite, durée de l'anesthésie 1′. Extraction laborieuse de la première molaire supérieure droite découronnée. Le malade n'a rien senti. Réveil rapide sans aucun malaise.

Observation II. — Mlle X..., 20 ans, nerveuse, très timorée, crie, se débat, respire mal cependant anesthésie parfaite, durée de l'inhalation 45″, durée de l'anesthésie 40″. Extraction de l'incisive centrale supérieure droite. La malade n'a rien senti.

Observation III. — Mme X..., névrosée, très impressionnable, au début de l'inhalation ; violente, mais courte contracture, puis vasodilatation de la face, enfin résolution musculaire. Quatre extractions difficiles, la malade crie et se réveille aussitôt à la dernière extraction. Elle dit n'avoir rien senti, mais avoir tout entendu. Durée de l'inhalation 35″, durée de l'anesthésie 55″.

2° ANESTHÉSIE DE LA PULPE PAR LA CATAPHORÈSE.

M. Rigollet (d'Auxerre) fait une démonstration peu concluante à l'aide de ce procédé.

3° EMPLOI D'UN CIMENT SPÉCIAL POUR LE TRAITEMENT DES CARIES DU 2e DEGRÉ.

M. Fayoux (de Niort) montre l'emploi de ce ciment, composé d'oxyde de zinc et d'eugénol, qui a la propriété de durcir dans l'humidité et qu'il laisse dans les cavités sensibles 8, 15 jours et même un mois (Voir communication).

4° TECHNIQUE OPÉRATOIRE POUR L'EMPLOI DE L'ACIDE SULFURIQUE DANS LES CARIES DU 4e DEGRÉ.

M. le Dr Siffre (de Paris) opère sur un malade ayant une canine atteinte d'un 4e degré très infecté. Il procède au nettoyage rapide du canal au moyen de mèches trempées dans l'acide sulfurique pur. Les mèches sortent rapidement immaculées et le canal est bouché avec de la gutta (Voir communication).

EMPLOI DU XYLÉNA.

M. Choquet (de Paris) indique les changements qu'il a apportés dans l'emploi du xyléna en lui adjoignant l'hydronaphtol.

PRÉSENTATION D'UN ANESTHÉSIQUE POUR LA DÉVITALISATION INDOLORE DE LA PULPE.

M. Blatter (de Paris) présente un nouveau médicament, l'Obtunda, dont il a obtenu d'excellents résultats pour la dévitalisation indolore de la pulpe.

2e SÉANCE. DÉMONSTRATIONS DIVERSES

1° MODE DE FABRICATION DES VOILES PALATINS ARTIFICIELS.

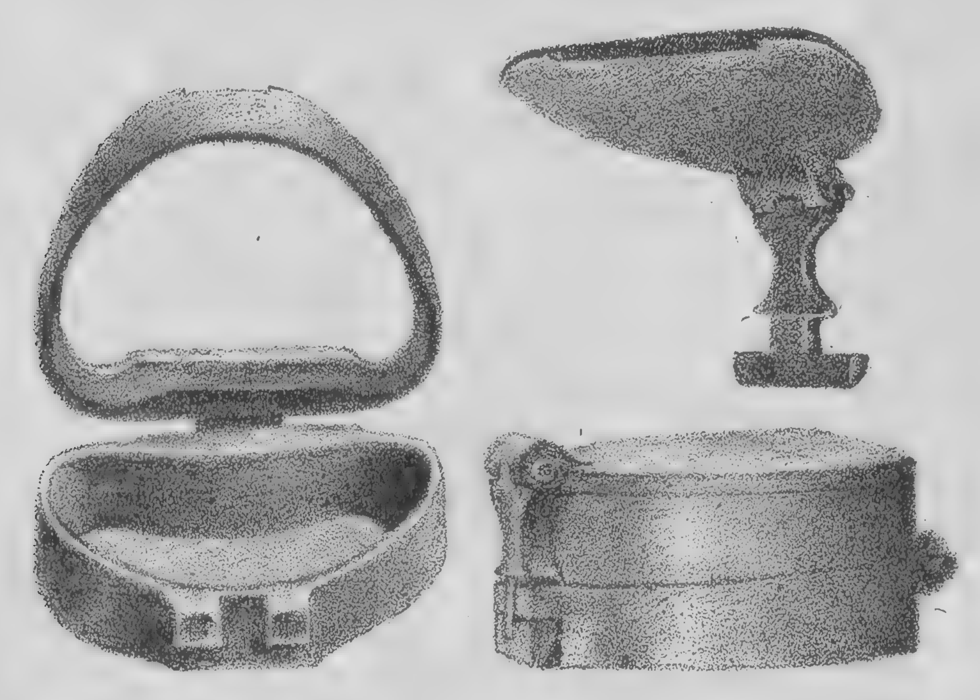
M. Delair (de Nevers) montre le manuel opératoire très simple pour arriver à la confection très rapide de son voile à clapet ; une série de moules en métal de diverses grandeurs et formant moufle permet de faire immédiatement ces voiles ; le temps employé est réduit à son minimum. Une simple feuille de caoutchouc mou est placée dans le moule, poli ultérieurement pour que le voile sorte tout poli et l'on procède à la vulcanisation.

2° EMPLOI DE NOUVELLES DENTS EN PORCELAINE DÉTACHABLES.

M. Blatter (de Paris) présente une nouvelle dent creusée d'une mortaise de forme spéciale dans laquelle vient glisser un tenon en or, platine ou alliage. Ces dents sont scellées sur ce tenon comme les dents à tube avec du soufre et peuvent être employées pour le métal comme pour le caoutchouc. La réparation des appareils en métal ou caoutchouc peut donc se faire très rapidement et sans abîmer la plaque par la vulcanisation ou une nouvelle soudure.

3° Méthode de bourrage du caoutchouc sans presse. Couronnes et travaux a pont.

M. Luis Subirana (de Madrid). Au moyen d'un moufle spécial, M. Subirana procède au bourrage d'un appareil ; il suffit pour cela de chauffer progressivement le moufle dans l'eau bouillante.



NOUVELLES SPÉCIALITÉS

Présentées par MM. G. Ott et E. Genter, de la Société Française de fournitures dentaires.

1° *Machine « Kidder » pour estamper mécaniquement les couronnes.* Cette machine, des plus simples à faire manœuvrer, est certainement la meilleure à notre connaissance pour faire nettement, rapidement et sans soudure, les couronnes les plus difficiles, en ne réduisant pour ainsi dire pas l'épaisseur du métal (*or, platine ou autres*).

Elle développe à l'aide d'un levier une force considérable qui d'abord permet de découper en une rondelle juste le métal nécessaire à la confection de chaque couronne. Cette rondelle, en passant successivement par quatre différentes matières, donne instantanément une cape au diamètre et à la longueur désirés, et ceci sans faire le moindre déchet. Ensuite, à l'aide de petits anneaux de cuivre, garnis intérieurement de bois tendre (du pin par exemple) qui pourra

être changé à volonté, on place sous le compresseur le moule garni de la cape dont on a préalablement obtenu une reconstitution s'articulant exactement.

En forçant ensuite avec le levier on obtient une première couronne que l'on n'a plus qu'à estamper, dans un cylindre spécial, avec de la grenaille de plomb et avec un pilon taillé coniquement intérieurement, afin que les dits plombs pénètrent bien dans les plus infimes sinuosités de la surface mastiquante de la couronne.

L'appareil se compose d'un compresseur à crémaillère et à levier : de différentes plaquettes d'acier formant en tout 19 matrices auxquelles correspondent 19 bouteroles ; de différents anneaux de cuivre et de plusieurs autres accessoires permettant de faire une couronne complète en quelques minutes.

Cet appareil a été très remarqué en raison de la simplicité et de la rapidité de son fonctionnement. Il permet de faire une couronne en métal s'ajustant exactement sur le modèle et rendant fidèlement les tubercules de la surface mastiquante et ceci sans nécessiter aucune soudure ;

2° *Meuble aseptique en opaline et cristal.* — Ce meuble (étagère) répond merveilleusement aux exigences modernes de l'antisepsie. Sa charpente solide et stable est en cuivre nickelé. Il a 3 ou 4 plateaux en cristal ou en opaline, dont celui du haut est entouré d'une garniture crénelée en cuivre nickelé, destinée à supporter les instruments. Il se recommande surtout pour la facilité de son entretien ;

3° *Stérilisateur Wïlkonski avec lampe à gaz ou à alcool.* Les expériences ont prouvé que, pour les instruments du dentiste, la stérilisation la plus sûre et la plus rapide se fait à l'eau bouillante. Ce stérilisateur répond entièrement à ce principe. Un couvercle avec grands et petits trous permet de maintenir debout les instruments qui sont trempés dans l'eau bouillante. En outre, un plateau percé, sur lequel on peut placer tous les instruments, entre dans le stérilisateur et permet de plonger les instruments complètement dans l'eau l'eau. A l'un des deux bouts existe un petit réservoir contenant de chaude propre pour la bouche et pour ramollir le stent. Pour préserver les instruments de la rouille on fait bien d'ajouter à l'eau ; un peu de soude en poudre ;

4° *Tabouret mobile « Idéal ».* Ce tabouret offre des perfectionnements appréciables sur les anciens modèles connus. Il s'incline au moindre mouvement du corps et permet donc à l'opérateur de s'asseoir et d'éviter une fatigue inutile, tout en conservant un grand rayon d'évolution qui lui supprime l'inconvénient de se lever à tout instant pour se déplacer ;

5° *Mandrin et caoutchouc pour nettoyage des dents à la place des brossettes qui éclaboussent, des coupes en caoutchouc trop souples et trop coûteuses, etc., etc.* Ce système, qui consiste en un petit bout de

tuyau de caoutchouc très bon marché qui s'enfile sur un mandrin spécial, permet d'obtenir un nettoyage des dents bien plus efficace, bien moins désagréable au patient et n'éclaboussant pas l'opérateur. Comme d'habitude on se sert de pierre ponce, etc., etc. ;

6° *Four électrique de « Weiss » démontable à volonté et permettant une réparation instantanée du fil de platine brûlé.* L'intérieur a la forme d'une petite gouttière en spirale sur laquelle est placé le fil de platine protégé de tous côtés par la terre réfractaire.

Ce modèle, dans lequel peuvent être cuits des blocs et de petites pièces partielles, paraît être des plus pratiques.

*
* *

La société chimique des usines du Rhône a présenté ses produits, notamment le Kélène (chlorure d'éthyle pur).

3e SÉANCE. COMMUNICATIONS

Dr Siffre. Pelade et lésions dentaires. — Le Dr Jacquet, le distingué dermatologiste, constate que des péladiques avaient des lésions dentaires comme causes de la pelade ; il fait tomber la légende de la contagiosité de la pelade. M. Jacquet, a nommé néo-dentisme l'action de l'éruption d'une dent correspondant à l'apparition de la pelade. A ce sujet, quoique ne pouvant pas prendre nettement position dans la question et cela par manque de documents, je tiens cependant à citer quelques observations personnelles.

Observation I. — Un enfant de 8 ans atteint de la pelade est pour ce fait retiré du lycée ; sa sœur, âgée de 15 à 16 ans, très intelligente, lui tient lieu de professeur et l'instruit. Les années s'écoulent et la pelade disparaît vers l'âge de 16 ans. Il vient me trouver à ce moment-là pour une molaire inférieure atteinte d'une carie du 3e degré, la seule dent malade de la bouche. Sa sœur, la jeune fille qui lui servait de professeur, est une adénoïdienne, a une mauvaise dentition et n'a pas attrapé la pelade, quelle que soit l'ambiance nerveuse des enfants ; donc c'est elle qui aurait dû faire de la pelade plutôt que son frère.

Observation II. — Une jeune fille ayant une mâchoire idéale, dans laquelle une seule dent est atteinte d'un 3° degré, a eu cependant de la pedale un an ou deux avant.

Observation III. — Un jeune homme s'est fait soigner les dents complètement et après le traitement a eu de la pelade en quantité, quoique n'ayant plus aucune lésion dentaire à ce moment. A mon avis, si l'on a un sujet nerveux, il est exposé à faire de la pelade comme on fait des végétations adénoïdes, de la tuberculose ou autre chose. Pour moi par ces quelques observations que j'ai recueillies, il

y a seulement concomitance entre une affection dentaire et l'apparition de la pelade. Que tous nos confrères fassent donc des observations que nous publierons ; nous serons très heureux d'apporter notre tribut d'observations au Dr Jacquet.

Discussion.

M. Beltrami (de Marseille). Je crois qu'il y a seulement concomitance entre les affections dentaires et la pelade, car il y a toujours eu beaucoup de dents cariées et tous les porteurs de dents cariées n'ont pas eu de pelade ; il faut à mon avis mettre en cause la contagion et non le système dentaire.

M. Rigolet (d'Auxerre). Je suis de l'avis de M. Beltrami et je pense que seule la contagion doit être incriminée.

M. le Dr Rolland (de Bordeaux). Je me rallie à l'opinion du Dr Siffre : il y a concomitance, car il y a similitude de structure entre les dents, les cheveux et les ongles nés du feuillet externe du blastoderme. Je me demande si on a trouvé l'élément de la pelade dans les dents. La contagion, à mon avis, n'est pas très grande, car il faut un terrain préparé pour produire des troubles trophiques nerveux et je crois que tant qu'on n'aura pas trouvé le tricophiton tonsurant, on ne pourra pas affirmer telle ou telle forme de pelade.

M. Delair (de Nevers), président. Je remercie M. le Dr Siffre de l'indication qu'il veut bien nous donner et de la marche à suivre pour pouvoir discuter cette question à un prochain Congrès ; je le remercie en outre d'avoir réservé à cette session la primeur de ses recherches.

Dent de 6 ans et dent de sagesse.

Dr *Siffre* (de Paris). Je me suis placé dans le camp des extracteurs de la dent de 6 ans, mais je n'ai pas voulu de parti pris me ranger entièrement de ce côté, car je ne sais et ne puis savoir si la dent de sagesse sera bonne. Cependant, je crois que l'extraction est tout indiquée dans le cas de lésions de cette dent ; la dent de 12 ans viendra combler le vide causé par l'extraction et touchera la deuxième prémolaire inférieure.

M. Vichot (de Lyon). Je crois que l'extraction de la dent de 6 ans doit se faire le moins souvent possible, car la dent de 12 ans ne viendra jamais toucher la deuxième prémolaire d'une façon normale, quel que soit l'âge auquel cette extraction a été faite ; elle sera toujours inclinée ; or, n'étant pas frappée dans son axe, par suite de cette inclinaison, elle pourra avoir plus tard des lésions pulpaires.

M. Beltrami (de Marseille). Je suis de l'avis de M. Siffre et je pense que nous ferons bien de rassembler toutes nos observations pour les présenter dans un an au prochain Congrès.

Discussion.

M. Blatter (de Paris). Je suis entièrement de l'avis de M. Vichot, car la dent de 6 ans est la plus grosse, elle a une surface triturante considérable et jamais la dent de 12 ans ne se rapprochera normalement de la prémolaire, elle sera toujours inclinée.

M. le Dr Siffre (de Paris). Je crois que cette petite discussion est une amorce de cette question importante qui a divisé en deux camps bien nets et aussi convaincus les praticiens modernes. Renvoyons donc une discussion plus documentée à l'année prochaine à Angers.

M. Delair, président. Cela nous prouve que les Congrès ont du bon, de la discussion jaillit la lumière et j'espère que tous, dans notre pratique personnelle, nous recueillerons des observations sur ce sujet (au point de vue odontologique), nous aurons alors un champ d'étude plus étendu.

L'acide sulfurique pur et les affections des canaux dentaires.

M. le Dr Siffre (de Paris). Depuis novembre 1897 je me sers exclusivement de l'acide sulfurique pur et non de l'acide sulfurique à 50 o/o comme il a été préconisé. Le protoplasma de la cellule renferme 99 o/o d'eau. Le principe du traitement est la déshydradation ; l'acide sulfurique déshydrate et produit de la chaleur, il stérilise et tue tout ce qu'il touche. Quand l'acide sulfurique a fait son œuvre, je lave à l'alcool, puis je mets une mèche très étanche et j'ai, depuis 1897, un pourcentage très minime de légers insuccès que je mets sur le compte de la fatigue que nous éprouvons parfois et qui nous empêche de prendre tous les soins nécessaires. J'enregistre à peine 1 o/o de petits accidents, fluxions, périostite aiguë. J'emploie toujours de l'acide sulfurique pur et des sondes en fer mou rondes, je nettoie avec des mèches nombreuses jusqu'à ce qu'elles ne sentent plus rien et sortent blanches. Dans les canaux inaccessibles, bien entendu, il y a de la difficulté. Jamais d'eau et j'insiste sur ce point, parce que l'acide sulfurique se dilue et passe au delà de l'apex. Je nettoie à l'alcool et je bouche ensuite avec de la traumaticine.

M. Blatter (de Paris) confirme la méthode de M. Siffre, qu'il emploie depuis longtemps avec succès.

M. Luis Subirana (de Madrid) emploie toujours la digue et l'acide sulfurique en solution à 50 o/o et son but est d'élargir les canaux, car la grande difficulté est d'arriver à boucher jusqu'à l'apex les canaux des dents.

M. Vichot (de Lyon). Je ne puis que confirmer la méthode de M. Siffre que j'ai expérimentée depuis quelques années ; je puis vous signaler quelques cas de dents rebelles à tout traitement, parfaitement

guéries depuis quatre ans environ et n'ayant jamais donné lieu à aucun accident depuis.

M. Siffre. Il n'y a pas à craindre la décalcification de la dentine, car l'acide sulfurique ne décalcifie pas la dentine sèche. Les insuccès peuvent venir du chloroforme contenu dans la traumaticine. Quand tout est bien enlevé et que le canal est bouché hermétiquement, il ne peut y avoir de complications; quand l'organisme réagit sous la forme d'une fluxion, je ne m'en inquiète pas, je le laisse réagir et tout est bientôt rentré dans l'ordre.

M. Delair, président. Nous devons remercier M. Siffre de sa communication et de sa démonstration de ce matin et je suis certainement l'interprète de tous en lui adressant nos bien sincères remerciements et félicitations pour ses très intéressantes communications.

Le secrétaire général,
J. VICHOT.

P.-S. *Nous devons à l'obligeance de M. le Dr Chemin (de Toulouse) l'observation suivante qui vient compléter à propos la démonstration relatée plus haut.*

RÉSULTAT ÉLOIGNÉ D'UNE OBTURATION IMMÉDIATE D'UN 4e DEGRÉ.

Au mois d'août dernier, dans une des séances du Congrès de Montauban, M. le Dr Siffre fit une démonstration pratique d'obturation immédiate d'un 4e degré traité par l'acide sulfurique.

Il s'agissait d'une canine supérieure gauche à carie postérieure. Le canal fut entièrement exploré et désinfecté par une série de mèches à l'acide sulfurique pur et obturé après dessiccation à l'air chaud par une mèche roulée dans la chloro-percha. La dent fut fermée provisoirement par une gutta. Pendant tout le temps de l'opération, M. Siffre ne laissa pas la malade refermer la bouche par crainte du contact de la salive ; c'était, selon lui, une des conditions de succès. J'eus l'occasion, trois mois après, de revoir le sujet qui venait pour faire obturer définitivement sa dent. La personne nous dit que le lendemain de l'opération elle avait éprouvé une légère douleur et une certaine lourdeur de la dent, phénomènes qui n'avaient duré que quelques heures et que depuis, elle n'avait ressenti aucune autre douleur.

J'examinai attentivement, point de sensibilité à la percussion, aucune trace d'inflammation, j'enlevai une partie de la gutta qui restait encore, sans toutefois dénuder le canal et complétai l'obturation par un amalgame. J'ai revu encore ces jours derniers la patiente et eus le plaisir de constater la réussite complète de cette obturation immédiate.

Dr CHEMIN.

15 janvier 1903.



SOCIÉTÉS SAVANTES

RAPPORT

Présenté à la Société d'Odontologie, par M. Delair.

(Séance du 16 décembre 1902.)

Messieurs,

Le Conseil de l'École dentaire de Paris m'a fait, en août dernier, l'honneur de me désigner pour représenter l'École au Congrès tenu cette année à Montauban par l'Association française pour l'avancement des sciences. Vous avez déjà appris par la plume de notre très distingué collègue et ami M. E. Papot, secrétaire de la rédaction du journal *L'Odontologie*, quels succès mérités ont obtenus à Montauban et à Toulouse ceux de nos confrères qui, par amour de notre art, y sont venus nous faire part de leurs patientes études, de leurs persévérantes recherches; puis combien ont été justement appréciées les démonstrations pratiques faites à Toulouse selon la louable innovation de notre sympathique et actif président de la 20e section, le Dr Sauvez.

Bien que ma tâche soit de vous entretenir surtout de ce qui offre pour notre profession un intérêt tout particulier comme progrès, je ne puis résister au désir, je dirai même au devoir, de vous faire savoir auparavant de quelle façon affable, amicale, chaleureuse, nous avons tous été accueillis à Toulouse par nos confrères du Midi. Fiers avec juste raison de leur artistique et incomparable cité, dont pendant deux inoubliables journées ils nous firent admirer les beautés, heureux de nous témoigner toutes leurs sympathies, ils nous ont donné cette double joie de nous prouver qu'ils travaillent autant que nous à l'avancement de notre science odontologique, et aussi que partout, du nord au midi, les cœurs de tous les membres de notre grande famille dentaire battent à l'unisson.

Nous devons donc envisager avec satisfaction l'organisation de futurs Congrès qui nous donneront à tous, vétérans expérimentés de la profession et nouveaux venus ardents au travail, l'occasion de collaborer en commun aux progrès de notre art, d'exprimer nos sympathies et souvent de faire disparaître de fâcheux malentendus entre confrères. Notre réunion de Montauban-Toulouse nous aura

procuré tout cela et, de plus, de nombreuses communications, que je vais vous résumer.

Sous le titre de migration physiologique des dents le Dr Siffre nous fait une remarquable conférence et nous énumère, avec le talent que nous lui connaissons tous, les différentes causes d'irrégularité d'évolution des dents. Dans une séance suivante, il nous parle de l'emploi de l'acide sulfurique pur pour le traitement rapide des 4e degrés et insiste tout particulièrement sur son mode opératoire qui lui permet souvent d'aseptiser des canaux impénétrables aux sondes les plus fines.

Il nous fait part ensuite de ses remarques sur la concordance d'une affection cutanée, la pelade, avec les lésions dentaires ; sans être absolument affirmatif, il attire notre attention sur la coïncidence fréquente de ces deux affections.

Il termine par une étude comparative et très intéressante sur l'évolution de la dent de 6 ans et la dent de sagesse.

Ensuite M. Fayoux, notre distingué confrère de Niort, nous entretient de sa méthode pour le traitement des 2e degrés douloureux. Sa pâte d'eugénol et d'oxyde de zinc sublimé lui donne d'excellents résultats depuis des années et, dans un louable esprit de confraternité, il en communique la formule à la profession.

M. Kritchevsky, de Paris, nous développe sa théorie sur les malpositions dentaires ; il les range en sept classes, qu'il décrit d'une façon très scientifique, il nous fait au tableau de très intéressantes comparaisons et conclut qu'il appartient au dentiste s'occupant d'orthodontie de porter un sérieux diagnostic de chaque cas, car les irrégularités dentaires amènent inévitablement des imperfections du visage que la régularisation des dents fait disparaître. La mensuration du visage est donc, selon lui, indispensable et il décrit très exactement les lignes principales de cette science qui pour le dentiste est du plus haut intérêt.

M. Choquet vient ensuite nous entretenir de l'anatomie et de la physiologie normales de l'articulation des dents entre elles, il nous fait au tableau une savante démonstration sur les rapports des arcades dentaires avec les dents.

Le Dr Frey, avec une extrême concision, attire tout spécialement notre attention sur les rapports existant entre l'état pathologique des dents et celui de l'articulation temporo-maxillaire. Il cite plusieurs observations dans lesquelles, grâce à la prothèse, il réussit en modifiant l'articulation des dents à obtenir une amélioration de l'articulation temporo-maxillaire et à faire cesser les douleurs névralgiques dues, selon lui, dans ce cas, à la fatigue exagérée provoquée par une mastication anormale.

Puis M. Frey présente un appareil de prothèse immédiate qui fut

porté par un militaire opéré au Val-de-Grâce. C'est avec une vive satisfaction que nous constatons que notre confrère n'est pas seulement un savant et très intéressant conférencier, mais encore un remarquable praticien pour lequel la prothèse restauratrice si délicate n'a pas de secrets. Il conclut très judicieusement qu'un appareil de prothèse immédiate doit avec avantage être confectionné sans canaux d'irrigation, qu'il est presque impossible d'entretenir dans un état de propreté absolue, et aussi qu'un appareil volumineux peut sans inconvénient être toléré par les tissus pendant de longs mois.

M. Blatter, mon jeune et si sympathique camarade de promotion à l'École dentaire, nous présente une nouvelle dent dite détachable, du nom de l'inventeur, notre confrère Evslin. Sa communication, des plus captivantes au point de vue de l'historique de la dent de porcelaine, est très documentée. La nouvelle dent est appelée à rendre d'immenses services, surtout pour les bridges fixes. La rainure en queue d'aronde ménagée à la partie postérieure et plate de la dent ne semble pas, surtout pour les dents longues, devoir lui retirer de la force, et la tige de rétention, fixée à demeure sur la plaque d'or ou de caoutchouc, étant incassable, il devient facile de remplacer promptement une dent cassée, alors qu'il faut avec les dents à crampons un temps relativement considérable pour effectuer le même travail. C'est une nouveauté que la profession tout entière doit accueillir avec intérêt.

M. Rigollet, d'Auxerre, nous entretient du traitement d'une de ses propres dents pour l'insensibilisation de laquelle il employa la cataphorèse ; il nous fera, dit-il, une courte démonstration de son procédé sur un malade à Toulouse.

Puis le Dr Rolland, de Bordeaux, nous fait part de ses nouvelles recherches et observations sur le sœmnoforme. Il énumère successivement les expériences multiples et variées auxquelles il s'est livré, soit sur des animaux, soit sur l'homme ; il nous fait part des différents phénomènes observés sur eux avant, pendant et après l'anesthésie et conclut avec preuves à l'appui à l'innocuité absolue de cet anesthésique. Pour donner plus de poids à ses affirmations, il cite les résultats des expériences faites sur lui-même par le Dr Sabrazès, professeur agrégé à l'Ecole de médecine de Bordeaux. De l'examen du sang du Dr Rolland avant et pendant l'anesthésie, même prolongée dix-huit minutes, il conclut qu'il n'existe aucune modification présentant quelque importance entre le sang qui fut analysé avant l'anesthésie et celui qui le fut après.

MM. Lemerle et Frey, dans une communication très scientifique, étudient les leptothrix racemosa : ceux de Robin, de Miller, d'Arustamow, de Choquet, de Vicentini sont de leur part l'objet d'une étude approfondie. Ils concluent que le leptothrix racemosa cesse de jouer

un rôle prépondérant lorsque l'émail auquel il s'est attaqué est décalcifié et que ce rôle devient secondaire lorsque les nombreux micro-organismes qui décalcifient l'ivoire entrent à leur tour en action.

Le Dr Pont, de Lyon, venu à Montauban pour deux intéressantes communications est, au grand regret de tous, obligé de repartir avant de les avoir faites; chacun souhaite l'entendre l'an prochain à Angers.

Je vous ferai part maintenant des très intéressantes démonstrations faites le lundi 11 août à Toulouse, au dispensaire du bureau de bienfaisance, sous la haute présidence du Dr Chemin, président de l'Association des dentistes du Midi.

D'abord de sérieuses et concluantes expériences d'anesthésie avec le sœmnoforme par le Dr Rolland, qui procède à des anesthésies plus ou moins prolongées avec opérations sur des malades.

Quelques obturations immédiates par M. Fayoux, qui nous démontre que sa pâte durcit suffisamment dans la salive au bout de quinze à vingt minutes.

M. Siffre, qui, avec l'habileté que nous lui connaissons tous, effectue l'assainissement de plusieurs dents atteintes de caries du 4e degré.

Notre ami Choquet applique son xyléna à plusieurs dents malades, dont le distingué Dr Chemin prendra les observations ultérieurement.

M. Blatter fixe devant nous et démonte très facilement des dents détachables.

M. Rigollet fait sur un malade une application de la cataphorèse pour l'insensibilisation de la dentine pendant son curettage. Mais un malencontreux dérangement de sa batterie d'accumulateurs nous empêche, après une heure et demie de louables efforts de la part de l'opérateur et de l'opérée, de pouvoir constater scientifiquement l'efficacité du procédé employé.

Enfin notre si aimable confrère Subirana, de Madrid, fait une expérience de bourrage sans presse avec un moufle de son invention, qui est des plus appréciées de nos nombreux congressistes.

C'est avec un réel plaisir que je vous fais part des succès scientifiques obtenus par les nôtres à Montauban-Toulouse. Je puis vous assurer, en effet, que notre 20e section a été une de celles qui ont le plus travaillé et dont les travaux ont été les plus appréciés. Le monde scientifique y rendit hommage à nos efforts et ce doit nous être à tous un encouragement pour l'avenir.

Je terminerai donc ce rapport long déjà en vous disant que j'ai eu le bonheur de faire entendre une fois de plus ma voix en faveur des infirmes de la parole qui s'adressent aux dentistes. Jusqu'ici tous ceux qui se sont occupés de prothèse vélo-palatine recommandaient à leurs sujets d'apprendre à parler, mais nul ne donnait pour cela la

moindre indication scientifique. J'ai donc mis au point les nombreuses remarques que j'avais faites sur la phonétique et j'ai été assez heureux pour voir mon travail bien accueilli par les congressistes. Dans les nombreux ouvrages d'orthophonie, j'ai élagué pour ainsi dire tout ce qui n'était pas essentiellement utile à l'éducation phonétique de ceux dont nous pouvons nous occuper et je n'en ai publié que le nécessaire. Je serai honoré de voir les dentistes s'occuper un peu de cette science qui doit rendre de si grands services aux déshérités et peut donner aussi au dentiste plus de considération.

J ai démontré à Toulouse que le voile que j'ai présenté à Ajaccio était des plus faciles à exécuter, et à Montauban je me suis efforcé de prouver que nous pouvons nous-mêmes faire l'éducation de nos malades, éducation sans laquelle, je ne saurais assez le dire, le mieux compris, le mieux exécuté de tous les appareils ne donnera jamais de résultats parfaits.

J'ai fini, Messieurs ; il me reste à adresser publiquement ici des éloges à tous ceux qui, écourtant leurs vacances, pourtant bien gagnées, sont venus participer au succès de notre section, à féliciter tout particulièrement son président le Dr Sauvez qui sut, avec tant de zèle, l'organiser et auquel nous devons en partie sa réussite, enfin à envoyer à nos aimables confrères du Midi et à leurs toutes gracieuses compagnes nos très durables souvenirs.

RAPPORT

Présenté à la Société d'Odontologie par M. Heïdé.

Séance du 18 novembre 1902.

La Semaine dentaire, ainsi qu'elle a été dénommée à Stockholm, s'est tenue du 13 au 21 août avec le succès que vous connaissez déjà par le compte rendu publié dans *L'Odontologie* par M. Martinier, notre distingué directeur adjoint. Ce succès a été très grand et nos confrères américains l'ont constaté comme nous, ainsi qu'ils l'écrivaient tout récemment à mon ami le Dr Förberg, en lui disant que c'était une des réunions les plus réussies parmi toutes celles auxquelles il leur avait été donné d'assister.

Trois groupements différents ont tenu leur réunion annuelle durant cette Semaine :

La Société des dentistes américains d'Europe.

La Société des dentistes suédois.

La Fédération dentaire internationale.

C'est ce dernier groupement qui a absorbé la plus grande partie du temps des délégués de l'Ecole dentaire, mais ce n'est pas le compte rendu des travaux de la F. D. I. que je veux vous faire ce soir ; c'est un sujet qui appartient à d'autres plus compétents.

Je me propose seulement de vous dresser un court aperçu des quelques communications et démonstrations qu'il m'a été possible de voir et d'entendre, en quelque sorte au vol, dans les rares instants que les travaux de la F. D. I. nous ont laissés disponibles pour nous permettre de suivre les travaux de la Société des dentistes américains d'Europe et des dentistes suédois. C'est pourquoi je m'excuse de vous présenter un compte rendu forcément très incomplet, mais j'espère que ces quelques mots vous intéresseront quand même en vous montrant les sujets qui préoccupent le plus nos confrères étrangers.

Société des dentistes américains d'Europe.

1. Souhaits de bienvenue du Dr Royce, de Turnbridge Wells, Angleterre.
2. Communication du Dr Jessel sur le mélange de coton et de poudre de charbon. pour l'obturation des canaux et ses multiples usages dans l'art dentaire, Système Förberg.
3. Dr Holly Smith, l'état de la dentisterie.
4. Dr Taft, du diagnostic dans l'art dentaire.
5. Dr Paul Guye, de la porcelaine fusible à haute température.
6. Dr Bryan, différents cas de travaux à pont.
7. Dr Böcdecker, la pyorrhée avéolaire.

8. Dr Brophy, communication sur la chirurgie du palais avec projections lumineuses, etc., etc., etc.

La Société des dentistes suédois fut fondée, il y a soixante ans par le Dr Berggren; elle est la plus ancienne de l'Europe. Son local, composé de très vastes pièces, confortablement installées, toujours ouvert comme un cercle, sert également de lieu de rendez-vous aux dentistes suédois, parmi lesquels règne un grand esprit confraternel. On peut même y organiser des fêtes et des banquets, ce qui se fait très fréquemment.

Dans ce cercle ou société il existe un musée très intéressant et les membres tiennent à honneur de l'enrichir continuellement ; nous y avons vu des choses fort remarquables. Nous avons eu, sur ce sol étranger, le grand loisir de feuilleter notre chère *Odontologie* parmi nombre de journaux professionnels.

L'École dentaire de Stockholm que nous avons pu visiter, grâce à la complaisance du Dr Sandstedt, présente une certaine importance ; je peux avantageusement la comparer à notre école anciennement rue Richer. Beaucoup de fauteuils, tours à fraiser appartenant à l'Ecole, partout des tableaux sur les murs traitant l'éruption des dents, la valeur comparative des médicaments, etc., etc., très instructifs pour les jeunes élèves.

En parlant de confrères suédois, permettez-moi de vous dire deux mots sur les confrères norvégiens, avec lesquels, dans des heures trop vite écoulées, nous avons séjourné à Christiania.

Ils ont fait preuve d'une grande sympathie pour la France et pour les confrères français ; ils nous ont fait comprendre que la littérature française leur est très familière et que les noms qui nous font honneur leur sont bien connus : ceux de Fauchard, Magitot, Dubois, j'en passe et des meilleurs.

Le Dr Guldberg, professeur à l'Université de Christiania, avait tenu à assister aux réunions de la Fédération et est venu à Stochkolm, comme délégué du Gouvernement norvégien.

Société des Dentistes Suédois.

L'ouverture a eu lieu vendredi le 13 sous la présidence du Dr Christenson devant une grande assemblée où nationaux et étrangers étaient en grand nombre.

Les communications suivantes ont été faites :

M. le professeur Hesse, de Leipzig : abrasion mécanique des dents, accompagné de nombreux desseins.

Dr Bryan, de Bâle : couronnes et bridge-work, avec des modèles très instructifs reproduisant des formes nouvelles et originales.

Dr Böedecker, de Berlin : pyorrhée alvéolaire avec un exposé de sa méthode et quelques cas très compliqués avec résultats heureux.

Dr Jenkins, de Dresde : avenir des travaux en porcelaine, suivi d'une discussion très intéressante d'où il ressortait que tous les dentistes suédois étaient partisans de sa méthode et de son émail, ayant tous délaissé les émaux fusibles à haute température.

Dr Forman : cas particuliers de pyorrhée alvéolaire.

Dr Sandstedt : communication très intéressante sur les modifications survenues à l'apophyse alvéolaire pendant et après le redressement des dents avec des projections lumineuses à l'appui. Cette communication a été très goûtée et applaudie.

Dr Röse, de Dresde : projections lumineuses sur différentes parties intéressant beaucoup les dentistes.

Dr Jessel : l'ouate et le charbon dans le traitement des canaux.

Le Dr Lewin, bactériologiste distingüé, membre du comité nommé par la Société des dentistes de Stockholm, fait une communication sur la valeur comparative des différentes eaux dentifrices à propos de l'adoption par la société d'une formule présentée par M. Lenhardtson. Cette question d'une eau dentifrice basée sur des données scientifiques avait beaucoup préoccupé les Sociétés scandinaves ces dernières années.

Les deux Sociétés se sont réunies pour leurs démonstrations qui eurent lieu au dépôt dentaire le vendredi matin dans des locaux très clairs et spacieux. L'organisation en avait été faite par la Société suédoise et elle lui fait beaucoup d'honneur ; les opérateurs n'étaient nullement gênés par les spectateurs, qui avaient pris place sur des gradins.

M. Körbitz : démonstration d'émaux de Jenkins sur un malade, reconstitution d'une incisive faite avec beaucoup d'habileté et de soin. Il opère avec lenteur, mais obtient un résultat très remarquable et tout à fait satisfaisant.

Dr Mitchell : démonstration de la coloration des dents minérales, avec émaux dans le four Turnez.

Le Dr Böedecker voulait faire une démonstration sur l'*insensibilisation de la dentine*, mais en a été empêché par le manque d'un produit spécial ; tous ont regretté de ne pas voir une démonstration de ce savant confrère.

Dr Böedecker : démonstration du traitement de la pyorrhée alvéolaire avec un produit nouveau.

Dr Younger : redressement par les fils et traitement de la pyorrhée alvéolaire dont nous avons vu les démonstrations à l'Ecole dentaire de Paris il y a quelques années.

Dr Davenport : confection rapide de couronnes métalliques.

Dr Jessel : estampage de couronnes métalliques d'un seul morceau, en terminant l'estampage à l'aide de bouterolles de caoutchouc mou.



RÉUNIONS PROFESSIONNELLES



FÉDÉRATION DENTAIRE NATIONALE

Paris, le 3 janvier 1903.

Monsieur le Rédacteur en chef de *L'Odontologie*,

Le bureau de la Fédération a reçu du Secrétaire général de la 12° section (Odontologie et Stomatologie) du XIVe Congrès international de médecine, qui se tiendra à Madrid du 23 au 30 avril 1903, une lettre l'invitant à constituer en France un Comité spécial de propagande de la section XII.

Le bureau du Comité exécutif de la Fédération, auquel cette lettre a été communiquée dans sa séance du 9 décembre dernier, a accepté cette mission et décidé de constituer ce comité de propagande avec le concours des diverses sociétés professionnelles françaises.

Nous venons, en conséquence, faire appel *dans ce but* à la Société que vous présidez et vous prier de nous indiquer ceux de vos collègues qui ont été délégués par votre Société au Congrès de Madrid et que vous désirez voir entrer dans le dit Comité de propagande.

Dans le cas où il n'aurait pas été constitué de délégation, nous vous prions de nous indiquer ceux de vos collègues qui ont l'intention de se rendre au Congrès de Madrid.

Nous vous serons reconnaissants de nous faire connaître ce choix et d'inviter les membres désignés à se rendre à *la réunion qui aura lieu le jeudi 15 janvier 1903, chez le Dr E. Sauvez, 17, rue de Saint-Pétersbourg, à 8 h. 1/2 du soir.*

Le Président,
Dr Godon.

Le Secrétaire général,
Dr Sauvez.

XIVe CONGRÈS INTERNATIONAL DE MÉDECINE

Madrid, 23-30 avril 1903.

XIIe section (Odontologie et stomatologie).

Monsieur et cher confrère,

Nous avons l'honneur de vous annoncer que le XIVe Congrès international de médecine aura lieu à Madrid du 23 au 30 avril et qu'une de ses sections est consacrée à *L'Odontologie.*

La quantité et la qualité des inscriptions que nous avons reçues de

l'étranger et les travaux qui nous ont été annoncés nous permettent d'assurer déjà l'intérêt scientifique extraordinaire qu'offrira cette section.

Le Comité d'organisation vous invite à prendre part aux travaux du Congrès et vous prie de nous faire savoir le plus tôt possible votre décision, ainsi que le titre des communications que vous pensez présenter.

Daignez agréer, monsieur et cher confrère, l'expression de nos sentiments distingués.

Le Comité d'Organisation.

Comité d'Organisation de la Section.

MM. les Drs Luis Guedea, Professeur à la Faculté de Médecine. — *Président.*

B. Sánchez, Vice-Président de la Société odontologique espagnole et H. P. Heddy. — *Vice-Présidents.*

Florestán Aguilar, Professeur d'Odontologie à l'Université de Madrid. — *Secrétaire général.*

J. Gallardo, L. Subirana et J. D. Losada. — *Secrétaires adjoints.*

Membres : H. Salcedo, de Madrid. — A. López Alonso, de Madrid. — P. Carol, de Barcelone. — J. Plet, de Barcelone. — J. Alonso, de Barcelone. — D. Casasnovas, de Palma. — A. Cladera, de Palma. — M. Ferrer, de Palma. — A. Baca, de Málaga. — F. Ponce, de Málaga.

Toute la correspondance se rapportant à cette Section pourra être adressée à son Secrétaire, M. Florestán Aguilar, Serrano, 5, Madrid.

Notes et programme provisoire.

Le 23 avril, immédiatement après la séance d'ouverture du Congrès, la Section d'Odontologie se réunira dans le local qui lui est destiné et procèdera à l'élection du Bureau.

Les travaux de la Section sont ainsi composés :

A. Démonstrations pratiques sur tout ce qui se rapporte à l'Odontologie.

B. Présentation de rapports sur les sujets proposés par le Comité.

C. Présentation de Communications sur les sujets choisis par les auteurs.

Les rapports et communications seront l'objet d'une discussion immédiate.

Les Congressistes qui désireront faire des démonstrations pratiques devront l'annoncer à l'avance au Secrétaire général de la Section et devront également lui remettre un résumé des communications qu'ils désirent présenter.

Sujets proposés par le Comité.

1. Traitement et obturation des dents avec pulpe malade. — Rapporteurs : MM. O. Amoëdo (Paris) ; J. D. Losada (Madrid).

2. Microscopie dentaire. — Rapporteurs : Léon Williams (Londres) ; J. Choquet (Paris).

3. Prothèse bucco-faciale et squelettique. — Rapporteurs : Claude Martin (Lyon) ; Delair (Paris).

4. Connaissances que doivent posséder ceux qui exercent l'Odontologie et enseignement à leur donner. — Rapporteurs : A.Godon (Paris) ; Florestan Aguilar (Madrid).

5. Nature et traitement de la pyorrhée alvéolaire. — Rapporteurs : Hopewell Smith (Londres) ; Younger (Paris) ; Damians (Barcelone).

6. Anesthésie locale en Odontologie. — Rapporteur : E. Sauvez (Paris).

Autres communications annoncées jusqu'à ce jour (25 octobre 1902).

Immunité de la carie dentaire. — W. D. Miller (Berlin).

Stérilisation de la dentine. — J. Choquet (Paris).

Anatomie interne de la tête. — Crayer (Philadelphie).

Incrustations de porcelaine. — Jenkins (Dresde).

L'Odontologie chez les premiers habitants de l'Italie. — Guerini (Naples).

Traitement chirurgical des défauts de la voûte palatine. — Brophy (Chicago).

Travaux à pont. — Weiser (Vienne).

Histologie dentaire. — Zsigmondy (Vienne).

La porcelaine dans l'Odontologie conservatrice. — Mamlok (Berlin).

Pyorrhée alvéolaire. — Good (Chicago).

Plusieurs travaux, dont les sujets ne sont pas encore spécifiés, ont aussi été annoncés par : MM. L. J. Mitchell (Londres), Aguilar (Madrid), Amoëdo (Paris), Cunningham (Cambridge), Boniquet (Barcelone), Casasnovas (Palma), Subirana (Madrid), Chiavaro (Rome).

Réunions.

La *Fédération dentaire internationale* et l'*American Dental Society of Europe* tiendront leurs réunions annuelles à Madrid en même temps que le Congrès international de médecine.

Résumé du règlement général de XIVe Congrès International de Médecine.

ART. I. Le XIVe Congrès international de médecine se réunira à Madrid, sous le patronage de SS. MM. le Roi D. Alphonse XIII et son Auguste Mère la Reine Régente, du 23 au 30 avril 1903.

La séance d'ouverture aura lieu le 23 avril et celle de clôture le 30 avril.

ART. II. Le Congrès se composera des médecins, pharmaciens, dentistes, vétérinaires et autres personnes exerçant une des branches des sciences médicales.

ART. III. Le montant de la cotisation est de 30 pesetas.

Cette somme doit être versée, au moment de l'inscription et à partir de ce jour jusqu'à l'ouverture du Congrès, au Secrétariat général (Faculté de Médecine, Madrid) lequel remettra à l'intéressé sa carte d'identité ; cette carte servira de document pour pouvoir profiter de tous les avantages réservés aux Congressistes.

ART. IV. Les Comités nationaux et étrangers peuvent recevoir les cotisations

de leurs adhérents et quand ils les transmettront au Secrétariat général, celui-ci leur enverra les cartes d'identité des membres inscrits.

ART. V. Chaque Congressiste doit, au moment de verser sa cotisation, faire parvenir au Secrétariat général une note indiquant exactement et lisiblement ses nom, qualité et titres, ainsi que son adresse, en accompagnant ces indications de sa carte de visite.

ART. VI. Les membres du Congrès auront droit de prendre part à tous les travaux, de présenter des communications, d'intervenir dans les discussions, de donner leur vote et de participer à tous les avantages réservés aux Congressistes.

ART. VII. Ils auront en outre droit à un résumé général des travaux du Congrès et à un exemplaire du compte rendu in extenso des travaux de la section à laquelle ils se seront fait inicrire.

ART. VIII. Le Congrès comprendra les Sections suivantes :

1) Anatomie (Anthropologie, Anatomie comparée, Embryologie, Anatomie descriptive, Histologie normale et Thératologie).

1) Physiologie, Physique et Chimie biologiques.

3) Pathologie générale, Anatomie pathologique et Bactériologie.

4) Thérapeutique, Pharmacologie et Matière médicale.

5) Pathologie interne.

6) Neuropathies, Maladies mentales et Anthropologie criminelle.

7) Pédiatrie.

8) Dermatologie et Syphiligraphie.

9) Chirurgie et opérations chirurgiques.

10) Ophtalmologie.

11) Otologie, Rhinologie et Laryngologie.

12) Odontologie et Stomatologie.

13) Obstétrique et Gynécologie.

14) Médecine et Hygiène militaire et navale.

15) Hygiène, Epidémiologie et Science sanitaire technique.

16) Médecine légale.

ART. XVII. Le temps assigné à chaque communication ne doit pas dépasser 15 minutes et les orateurs qui prendront part aux discussions ne pourront parler plus de 5 minutes.

ART. XVIII. Les communications se référant aux travaux du Congrès doivent parvenir au Comité exécutif avant le 1er janvier 1903, ce dernier se chargera de leur transmission à la section respective.

Toutes les communications devront être accompagnées d'un court résumé, en forme de conclusions, si possible ; cet extrait sera imprimé par les soins du Comité exécutif et distribué aux Congressistes de la Section correspondante.

ART. XIX. Il pourra être présenté des communications après le 1er janvier 1903 et même pendant le Congrès, mais elles ne seront mises à l'ordre du jour qu'après discussion de celles présentées dans le délai prescrit.

ART. XXI. Les langues officielles du Congrès dans toutes les séances seront l'espagnol, le français, l'anglais et l'allemand.

Dames.

Les dames appartenant aux familles des Congressistes et accompagnées de ceux-ci bénéficieront des réductions sur les chemins de fer et pourront assister aux fêtes et cérémonies qui seront données en l'honneur des membres du Congrès. Elles devront pour cela se munir d'une carte spéciale moyennant le payement de 12 pesetas par personne.

Voyages et Logements.

Pour ce qui concerne les voyages et les logements, il a été accordé aux membres du Congrès les réductions suivantes sur les prix des billets.

Chemins de fer espagnols, réduction de 50 o/o.

Compagnie transatlantique espagnole, réduction de 33 o/o.

Chemins de fer de France, d'Italie, de Roumanie, de Suède, de Norvège et de Serbie, réduction de 50 o/o.

Navigation générale italienne, puglia, napolitaine, sicilienne, 50 o/o, sans repas.

Le Bureau de logements, établi au Secrétariat général, s'est mis en relations avec les hôtels et maisons particulières de Madrid, afin d'assurer un logement convenable et économique à tous les Congressistes qui le demanderont.

Fêtes.

S. M. le Roi D. Alphonse XIII, sous le patronage duquel aura lieu le Congrès, a fait savoir qu'il donnera en l'honneur de tous ses membres, une réception au Palais ou une Garden Party dans le Campo del Moro.

La Municipalité leur offrira également une fête, ainsi que le Gouvernement et la Députation.

A toutes ces fêtes générales il faut ajouter celles que la Section organisera, telles qu'un banquet, une réception offerte par la Société odontologique espagnole et quelques excursions.

DERNIÈRE HEURE

Le Comité de propagande pour la 12e section (odontologie et stomatologie) du XIVe Congrès international de médecine, de Madrid, s'est constitué le 15 janvier avec le concours de toutes les Sociétés dentaires de France. Il est ainsi composé :

BUREAU.

Président : MM. Godon.
Vice-présidents : Rodier, Siffre, Viau.
Secrétaire général : Sauvez.
Secrétaires : Blatter, Chompret, Papot.
Trésorier : Stévenin.
Les présidents des Sociétés adhérentes.

Membres.

École dentaire de Paris : MM. Godon, Martinier, Papot, Richard-Chauvin, Viau.

Société d'Odontologie de Paris : MM. d'Argent, Lemerle, Maire, Sauvez.

Association générale des dentistes de France : MM. Audy, Bonnard, Coignard, Douzillé, Papot, Richer, Roy, Torres.

École odontotechnique : MM. Ducournau, Maleplate, Neech, Page, Queudot.

Association odontotechnique : MM. Astié, Bacque, Carrel, Fréléseau, Lechesne, Lee, Mora, Nux.

Société odontologique de France : MM. Hivert, Lebedinsky, Rodolphe, Siffre.

Société de stomatologie : MM. Chompret, Gires, Pitsch.

Société des dentistes des hôpitaux : MM. Capdepont, Gaillard, Rodier.

American Dental Club : MM. Da Silva, Davenport, I. Davenport.

Syndicat des chirurgiens-dentistes de France : MM. Blatter, Bonnard, Bruel, Fabre, Fresnel, Guillot, Paulme, Rollin, Ronnet, Rouzée, Stévenin.

Syndicat des chirurgiens-dentistes patentés avant 1892 ou diplômés depuis : MM. Bertrand, Cabridens, Camoin, Laurent, Mary, Rozenbaum.

Association des dentistes du Rhône et de la Région : MM. Bastien, Tellier.

École dentaire de Lyon : M. Pont.

Société d'Odontologie de Lyon : M. Vichot.

École dentaire de Bordeaux : MM. Brugeille, Rolland, Seigle.

Société des dentistes du sud-ouest : MM. Diparraguerre, Mirebeau.

Société des dentistes du Midi : MM. Chemin, Houdié.

Syndicat des dentistes du Nord et du Pas-de-Calais : MM. Cohen, Haller.

Association odontologique de Bordeaux : MM. Armand, Marronneau.

Syndicat dentaire du Centre : MM. Brodhurst, Coignard, Delair, Lalement fils.

Association des dentistes de l'Est : M. Fléty.

Pour tous renseignements, adhésions, communications, etc., s'adresser à M. le Dr Sauvez, secrétaire général, 17, rue de Saint-Pétersbourg.



LIVRES ET REVUES

Nous rappelons à MM. les Auteurs et Éditeurs que tous les ouvrages dont ils nous envoient deux exemplaires sont annoncés et analysés (s'il y a lieu). Les ouvrages doivent être adressés à M. LE RÉDACTEUR EN CHEF, 45, *rue de La Tour-d'Auvergne.*

NOUVEAUX JOURNAUX.

La Société centrale des stomatologistes autrichiens vient de fonder un journal qui a pour titre : *Östlerreichische Zeitschrifh für Stomatologie* (Revue autrichienne de stomatologie), organe des chirurgiens-dentistes d'Autriche. Cette publication mensuelle est rédigée par les Drs Hugo Trebitsch et Rudolf Vierthaler, à Vienne.

Nous souhaitons bonne chance à notre nouveau confrère.

*
* *

Signalons la publication d'un nouveau journal professionnel *Archivos brazileiros de odontologia* (Archives brésiliennes d'odontologie), publié en portugais à Rio-de-Janeiro tous les trois mois, avec le professeur Pereira da Silva comme rédacteur en chef. Cette publication, qui est l'organe de l'Institut brésilien d'odontologie, à la tête duquel est placé notre excellent confrère M. Rodolphe Chapot-Prévost, et de l'Ecole dentaire libre de Rio-de-Janeiro, contient dans son 1er numéro, paru en octobre dernier, une série d'articles qui font bien augurer de sa réussite.

Nous adressons tous nos souhaits de prospérité à notre nouveau confrère.

COMPTES RENDUS DU 3e CONGRÈS DENTAIRE INTERNATIONAL DE 1900.

Ainsi que nous l'avons annoncé dans notre dernier numéro, le 3e et dernier volume des comptes rendus du 3e Congrès dentaire international de 1900 est sur le point de paraître. Il comprend les assemblées de sections, les démonstrations pratiques et les fêtes et formera un ensemble de près de 900 pages, illustré de nombreuses planches et gravures.

Les Comités nationaux sont invités à faire connaître au Secrétariat général le nombre d'exemplaires pour lequel ils souscrivent au nom des sociétés, écoles, journaux professionnels et bibliothèques de leur pays, au prix de 36 fr. pour la série des 3 volumes ports en sus.

Les souscriptions directes des sociétés, écoles ou individualités, sont reçues chez M. Viau, trésorier, 47, boulevard Haussmann, Paris.

The care of the teeth.

M. Samuel A. Hopkins, professeur de dentisterie à l'Ecole dentaire du collège Tuft, est l'auteur d'un volume de 150 pages publiée chez l'éditeur William Heinemann, 21, Bedford Street, Londres. W. C., sur le soin des dents (The care of the teeth).

Ce traité d'hygiène dentaire, illustré de 8 gravures, est divisé en 12 chapitres : histoire de la dentisterie, usage des dents ; causes de la carie ; causes prédisposantes, manque d'exercice ; alimentation ; mastication lente ; irrégularités ; autres troubles buccaux ; prévention de la carie ; brossage, bains de bouche, etc.; les maux de dents et les dents du pauvre ; anatomie.

Ce livre, au style simple, est destiné aux dentistes, aux médecins et au public. L'auteur estime que la carie dentaire peut être prévenue dans une large mesure ; c'est pour cela qu'il écrit cet ouvrage et qu'il y a formulé des conseils pratiques et d'une application facile.

LIVRES REÇUS.

L'Année Electrique, Electrothérapique et Radiographique, revue annuelle des progrès électriques en 1901, par le Dr Foveau de Courmelles.

Osmose et Bi-électrolyse.

2e *Congrès international de l'hypnotisme.*



Lauréat de l'Académie.

Parmi les prix de l'Académie de médecine décernés à la séance solennelle du 23 décembre 1902, nous avons le plaisir de relever l'attribution du prix *François-Joseph-Audiffred* à M. le Dr Fernand Bezançon, professeur agrégé à la Faculté de médecine, médecin des hôpitaux et professeur de clinique médicale à l'Ecole dentaire de Paris.

Nous sommes heureux de lui adresser toutes nos félicitations.

Les réformes de l'Assistance publique.

Nous lisons dans *le Temps* du 25 décembre 1902 l'intéressant article suivant, que nous croyons utile de reproduire.

L'Assistance publique est heureusement un terrain neutre où la politique n'a pas ou ne devrait pas avoir ses entrées. Pour l'instant, elle ne les a pas. Le nouveau directeur de l'Assistance publique, M. Mesureur, dont le passé politique et les opinions bien connues ne sont certes pas du goût de la majorité nationaliste du Conseil municipal, a réussi à se mettre d'accord avec cette majorité pour plusieurs réformes importantes. Mais que parle-t-on de majorité ? Il n'y a plus, sur ces questions, de majorité ni de minorité ; il y a unanimité, à l'Hôtel de Ville, pour servir, le mieux possible, les intérêts des malades et des indigents. Il est arrivé souvent que cette union des bonnes volontés restait inefficace, parce que les divisions renaissaient dès qu'on passait à l'examen des solutions pratiques. Pendant que l'on discutait, de très bonne foi et avec un même désir de faire du bien, l'état des services de l'Assistance restait stationnaire, c'est-à-dire très insuffisant ; et, faute de savoir précisément quoi faire, on ne faisait rien du tout. Le mérite du nouveau directeur et de la majorité du Conseil et qui fait grand honneur à l'un comme à l'autre, consiste à être sorti des velléités généreuses et d'avoir réussi à s'entendre pour la réalisation immédiate de plusieurs mesures excellentes.

La première sera un emprunt de 40 millions que l'Assistance publique sera autorisée à contracter, par une convention spéciale avec la Ville de Paris, et qui permettra la construction d'hôpitaux nouveaux et la reconstruction d'hôpitaux anciens. L'entreprise est d'une

incontestable urgence. Le nombre de lits dont disposent les hôpitaux est loin de répondre aux besoins de la population nécessiteuse, si considérable à Paris comme dans toutes les grandes capitales modernes, dont le mirage attire de tous les points du pays, et même du globe, des foules de pauvres gens persuadés qu'on est assuré d'y faire fortune ou, du moins, d'y gagner largement sa vie. Le manque de places oblige à congédier certains malades prématurément, à refuser l'admission à d'autres dont l'état constituait un titre sérieux à cette triste faveur. Quant aux vieux hôpitaux, plusieurs sont abominablement délabrés, privés des exigences les plus élémentaires du confort et de l'hygiène. Il est absolument hors de doute que les travaux proposés par M. Mesureur et acceptés par le Conseil municipal étaient indispensables. Malgré la situation financière générale et la répugnance de principe qu'elle détermine contre les dépenses nouvelles, il faut avouer que celle-là s'imposait, et que jamais emprunt n'aura été mieux justifié.

La seule inquiétude qui pourrait subsister dans l'opinion publique serait que ces millions fussent employés d'une façon plus profitable aux architectes et aux entrepreneurs qu'aux malades. Ce n'est pas l'industrie du bâtiment que le contribuable parisien consent à subventionner, c'est l'Assistance publique. Il importe que les frais somptuaires soient réduits ici au minimum. Un hôpital doit être hygiénique : il n'a pas besoin d'être un chef-d'œuvre d'art architectural. Ensuite, il ne suffit pas de loger les malades, il faut encore les bien soigner et la construction d'hôpitaux, si utile qu'elle soit, n'est pas la seule réforme que le zèle de M. Mesureur et du Conseil municipal doive accomplir. D'ailleurs, on l'a senti. La commission compétente, sur la demande du directeur, vient de voter une somme de 800,000 francs pour améliorer le service des infirmiers et infirmières, qui seront dorénavant déchargés des besognes purement matérielles et pourront se consacrer exclusivement aux malades. M. Mesureur se préoccupe beaucoup du recrutement de ce personnel, il crée des écoles d'infirmières, il s'efforce d'attirer vers cette carrière de dévouement des personnes instruites. Tout cela est parfait. L'administration de l'Assistance publique est dans la bonne voie et l'on peut espérer qu'elle ne s'en tiendra pas là.

La Société française des Sciences médicales de Tunisie.

En raison du nombre toujours croissant des praticiens français en Tunisie, quelques médecins français de Tunis ont pensé qu'il était opportun de former un groupement scientifique et amical composé uniquement d'éléments français.

De cette idée est née la *Société française des Sciences médicales de Tunisie.*

En quelques jours, elle a réuni la presque totalité de nos compatriotes médecins, pharmaciens, vétérinaires, chirurgiens-dentistes de la Régence.

Pour être admis comme membre *titulaire* de cette société, il faut être citoyen français et posséder un diplôme émanant d'une Faculté ou Ecole supérieure française ; de plus, les Tunisiens et les étranger munis d'un de ces diplômes sont admis à titre de membres *associés.*

Dans une première réunion, la société, qui compte déjà plus de cinquante membres, a élu le bureau suivant :

Président : M. le Dr Schoull ;

Vice-présidents : MM. le Dr Lemanski et Cornet, pharmacien ;

Secrétaire : M. le Dr Brunswic-Le-Bihan ;

Trésorier : M. le Dr Plance ;

Conseillers : MM. Ducloux, médecin vétérinaire et Fattaciolli, pharmacien.

Pour prouver l'intérêt qu'ils portent à cette société naissante, M. Pichon, résident général a bien voulu accepter la présidence d'honneur et MM. Roy et Machuel, la vice-présidence.

La société compte également un certain nombre de membres honoraires qui, sans appartenir au monde médical, s'intéressent cependant à tout ce qui représente en Tunisie la science francaise.

Sous de tels auspices et avec les éléments dont elle dispose, la Société française des Sciences médicales de Tunisie ne peut que prospérer et être féconde en heureux résultats.

Société coopérative des dentistes de France.

La Société coopérative des dentistes de France a l'honneur d'informer ses membres que, par suite d'une entente avec une importante maison de métaux précieux, elle est en mesure de fournir dorénavant or, platine, alliage dentaire, etc., en plaques brutes ou découpées, fil, soudure, etc.

Erratum.

C'est par suite d'une erreur typographique que le numéro du 15 décembre annonçait que la candidature de M. Bercut était présentée par MM. Godon et Richard-Chauvin. Les parrains de M. Bercut étaient MM. Godon et Papot.

DEMANDES ET OFFRES

PRIX d'une CASE, dans 3 numéros........................ **8** francs.
payable d'avance. (Pour les Abonnés de *L'Odontologie*. **5** »).

L'Administration de L'Odontologie *est à la disposition des vendeurs ou acheteurs pour transmettre aux intéressés les lettres adressées aux initiales indiquées, mais il est bien entendu que son rôle se borne à cette transmission.*

---

1 **DEMOISELLE INSTRUITE, bien élevée,** sachant parfaitement *l'anglais*, demande place de **SECRÉTAIRE** chez un **DENTISTE**. — A occupé déjà un emploi analogue. — Ecrire *par poste* aux initiales D. S., aux soins de M. Papot, 45, rue de La Tour-d'Auvergne, à Paris. (**115-3**).

---

2 *Cabinet dentaire* ***A CÉDER*** pour *raison de santé*, dans Ville importante du ***Midi***. Maison existant depuis plus de trente ans. *Installation moderne, appareils électriques.* Prix à débattre : on traitera de gré à gré. Ecrire *par poste* aux initiales H. M., aux soins de M. Papot, 45, rue de La Tour-d'Auvergne, Paris. (**116-3**).

---

3 **PARIS,** sur les **Grands Boulevards.** — **A CÉDER** pour *cause de maladie* **cabinet dentaire.** — Moyenne des cinq dernières années : 30.000 francs — *Situation et installation exceptionnelles.* — Prix **très avantageux.** Ecrire *par poste* aux initiales H. E. I. T., aux soins de M. Papot, 45, rue de La Tour-d'Auvergne, à Paris. (**117-3**).

---

4 **On demande** à **acheter d'occasion** un *fauteuil à pompe Wilkerson*, *Lemania* ou tout autre, valant de 600 à 900 francs, neuf, et un attachement. Ecrire *par poste* aux initiales J. G., aux soins de M. Papot, 45, rue de La Tour-d'Auvergne, à Paris. (**118-3**).

---

5 Un *docteur en médecine* pratiquant actuellement la *chirurgie*, désirerait trouver ***CABINET DENTAIRE A REMETTRE***, ou *de préférence s'associerait* avec un dentiste duquel il pourrait au besoin reprendre le cabinet plus tard, dans grande Ville *Paris* et *banlieue* ou *Marseille*. Ecrire *par poste* aux initiales G. T., aux soins de M. Papot, 45, rue de La Tour-d'Auvergne, à Paris. (**119-3**).

---

6 **Chirurgien-dentiste américain D. D. S.** (*New-York*), **BON OPÉRATEUR**, parlant *français, anglais, espagnol*, désire une place **d'opérateur,** de préférence à Paris. Bonnes références. Ecrire A. A. Formel, 53, rue d'Amsterdam, à Paris. (**120-2**).

---

7 **A CÉDER DE SUITE**, pour **cause de maladie grave**, dans *grande ville du Midi*, **cabinet dentaire** fondé depuis 17 ans. *Installation moderne*, 2 fauteuils *Columbia*. Prix 15.000 francs comptant. L'installation seule, qui est de premier ordre, a coûté près de 50.000 francs. Ecrire *par poste* aux initiales B. B., aux soins de M. Papot, 45, rue de La Tour-d'Auvergne, à Paris. (**121-2**).

---

8 ***A CÉDER*** *cabinet*, dans *grande ville du Nord*, faisant environ 15.000 francs, *titulaire de plusieurs établissements d'éducation.* ***Frais minimes***; conviendrait à une dame. Ecrire *par poste* aux initiales H. F., aux soins de M. Papot, 45, rue de La Tour-d'Auvergne. (**122-2**).

---

9 **Diplômé de l'Ecole dentaire de Paris**, *capable et sérieux*, demande une place **d'opérateur** pour Paris ou province. Ecrire *par poste* aux initiales M. B., 82, aux soins de M. Papot, 45, rue de La Tour-d'Auvergne, à Paris. (**123-2**).

---

10 **QUARTIER DE L'OPÉRA, beau local** à *louer* pouvant servir pour **praticien-dentiste** ou **spécialiste médical.** Ecrire pour location Schumacher, 43, boulevard de Strasbourg, à Paris. (**124-2**).

---

11 *Opérateur-mécanicien, diplômé de l'Ecole dentaire de Paris*, demande *place* chez dentiste, à *Paris* ou *Province*. Ecrire *par poste* aux initiales G. B. R., aux soins de M. Papot, 45, rue de La Tour-d'Auvergne, à Paris. (**125-2**).

---

12 **Bon mécanicien,** au courant de tous les **TRAVAUX DE PROTHÈSE,** *excellentes références*, demande place à PARIS. — Ecrire *par poste* à M. Rouzé, 79, rue de Seine, à Paris. (**126-1**).

---

13 Un **ancien dentiste,** au courant de la **COMPTABILITÉ**, demande à entrer en relation avec un ou plusieurs confrères pour tenir leurs livres. — S'adresser au bureau du Journal aux initiales M. D. S. (**127-1**).

(Voir la suite page suivante.)

DEMANDES ET OFFRES

PRIX d'une CASE, dans 3 numéros........................ **8 francs.**
payable d'avance. (Pour les Abonnés de *L'Odontologie.* **5 »).**

L'Administration de L'Odontologie *est à la disposition des vendeurs ou acheteurs pour transmettre aux intéressés les lettres adressées aux initiales indiquées, mais il est bien entendu que son rôle se borne à cette transmission.*

---

14 **APRÈS FORTUNE FAITE**, à *remettre avantageusement* **établissement dentaire 1er ORDRE, maison grandiose,** *Ville industrielle, commerciale des plus riches*, en Belgique. — On resterait associé au besoin. — Ecrire *par poste* aux initiales X. B., aux soins de M. Papot, 45, rue de La Tour-d'Auvergne, à Paris. (**127-1**).

---

15 **A CÉDER**, pour *cause de maladie subite*, **cabinet dentaire** en *province*, fondé depuis neuf ans, faisant 14.000 francs d'affaires en moyenne; frais minimes, installation parfaite, loyer 500 francs, très bonne clientèle. — Succursale d'un bon rapport aux environs, **prix absolument avantageux**. Ecrire *par poste* aux initiales R.G.D. aux soins de M. Papot, 45, rue de La Tour-d'Auvergne, Paris. (**128-1**).

---

16 ***Très bon et sérieux Dentiste diplômé****, avec relations*, désire ***associé dentiste sérieux***, ayant apport équivalent pour soutenir la création d'un cabinet commencée récemment à Paris. — Situation *exceptionnelle et d'avenir certain.* — ***Affaire sérieuse.*** — Ecrire *par poste* aux initiales C. K., aux soins de M. Papot, 45, rue de La Tour-d'Auvergne, à Paris. (**129-1**).

---

17 **A céder, raison de santé**, dans *Ville de l'Ouest*, **EXCELLENT CABINET DENTAIRE**, *clientèle sérieuse*, *aristocratie* et *riche bourgeoisie*, relations médicales, *institutions*, etc. Affaires prouvées 20 à 25.000 francs, susceptibles d'augmentation sensible et rapide, avec praticien capable et actif. Prix demandé : 25.000 francs dont 10.000 comptant, solde par annuités. On accepterait au besoin **associé ou opérateur** intéressé avec promesse de vente. Ecrire *par poste*, aux initiales C. H. D., 12, aux soins de M. Papot, 45, rue de La Tour-d'Auvergne, à Paris. (**130-1**).

---

18 ***A céder dans station balnéaire du N.-O. bon petit cabinet*** ayant rapporté 8.000 fr. ces deux dernières années ; chiffres d'affaires en augmentation constante depuis 10 ans ; atteindrait facilement 12.000 *en y restant toute l'année*. Prix 5.000 francs. — Ecrire *par poste* aux initiales L. D. E., aux soins de M. Papot, 45, rue de La Tour-d'Auvergne, à Paris. (**131-1**).

---

19 **Cabinet dentaire,** dans une *Ville du Centre* de la France à *gérer pendant une année* avec *faculté d'achat.* — Jeune clientèle mais sûre, pas de crédit, rapportant de 8 à 9.000 francs par an, frais insignifiants ; conviendrait à un jeune homme *sérieux et habile* voulant se faire une situation en province. — Ecrire *par poste* aux initiales A.C.Q., aux soins de M. Papot, 45, rue de La Tour-d'Auvergne. Paris. (**132-1**).

---

20 **Chirurgien-Dentiste** D. E. D P. et F. M. P., ayant fait ses deux premières années d'études dentaires aux *Etats-Unis* et ayant *dirigé cabinet* pendant 6 ans avec *plein succes*, demande place opérateur *province* ou *etranger*, *Paris de préférence*, mais dans maison sérieuse. — Accepterait même occupation pour après-midi seulement et apporterait au besoin, mais avec avantages, installation complète pour un Cabinet. — Ecrire à R. G., aux soins du Dr B., 7, avenue Trudaine, à Paris. (**133-1**).

Avis relatif aux « DEMANDES ET OFFRES ».

La plupart du temps les confrères qui usent de nos « DEMANDES ET OFFRES » *désirent garder l'anonyme ; aussi indiquent-ils presque toujours simplement dans ces annonces les initiales sous lesquelles les demandes doivent leur être adressées par les soins de l'Administration du journal, dont le rôle se borne à cette transmission et qui ne prend à l'égard des affaires annoncées* aucune sorte de responsabilité.

L'administrateur rappelle aux intéressés que les lettres doivent lui parvenir **par la poste** *avec l'adresse ainsi libellée:* M. (initiales indiquées) *aux soins de M. Papot. Il les rend au facteur*, sans les ouvrir, *après en avoir complété l'adresse. Il ne peut donc personnellement donner aucun renseignement sur les affaires à traiter.*

Avis relatif au recouvrement des cotisations

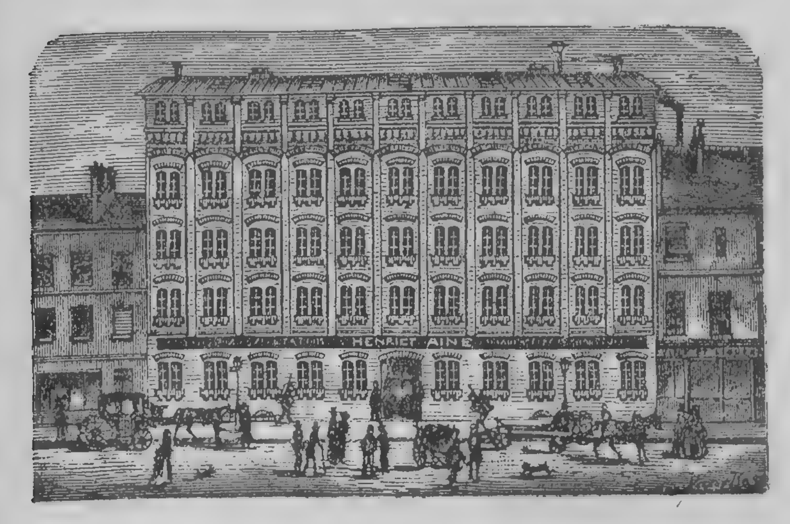
Les membres de l'Association et les abonnés du Journal domiciliés dans les *Colonies* ou à l'*Etranger*, qui ont des *cotisations en retard*, sont priés de bien vouloir en adresser le montant, en un mandat-poste international ou en un chèque sur un établissement financier de Paris.

Pour L'ASSOCIATION, au *Trésorier :* Jules d'Argent...............	**45, rue de La Tour-d'Auvergne, Paris.**
Pour le JOURNAL, à l'*Administrateur Gérant :* Ed. Papot.............	

A VENDRE OU A LOUER

EN PARTIES OU EN TOTALITÉ

BELLE ET IMPORTANTE USINE



PROPRE A

Toute industrie

Quartier ouvrier

Communications faciles



Plan du 2e Etage.



Superficie totale :

1608 mètres

BATIMENT PRINCIPAL

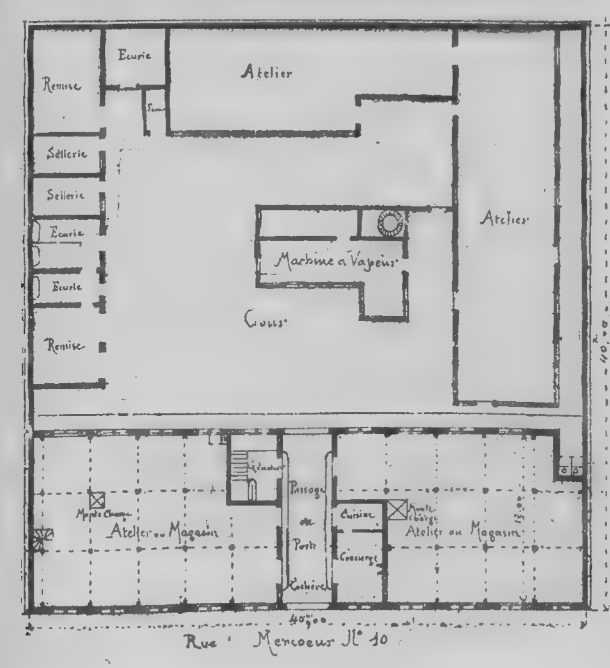
40 m. de façade sur
12 m. de profondeur

Pour visiter s'adresser sur les lieux,

10, rue Mercœur

(Bd Voltaire, XIe Arr.)

Plan du Rez-de-Chaussée.



POUR LES CONDITIONS,

Écrire à M. PAPOT

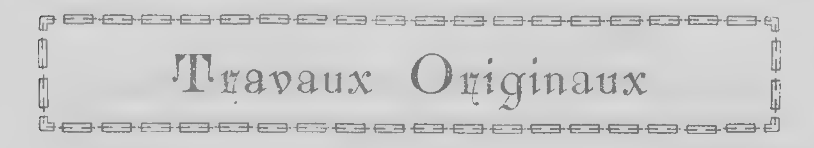
45, rue de La Tour-d'Auvergne

PARIS

23e ANNÉE. N° 2 30 JANVIER 1903 VOL. XXIX



L'Odontologie **est une TRIBUNE LIBRE, où toutes les opinions peuvent se produire ; les signataires gardent l'entière responsabilité de leurs appréciations.**



PROTHÈSE SQUELETTIQUE

Par LÉON DELAIR.

La tolérance d'un corps étranger introduit accidentellement ou par manœuvre opératoire dans l'organisme est depuis longtemps reconnue. Une des gloires de l'art dentaire, le Dr Claude Martin, de Lyon, a imaginé de remplaçer des portions de maxillaires par des blocs de caoutchouc durci de même forme. Pour la facilité des lavages antiseptiques, ces blocs sont sillonnés de drainages dans leur épaisseur, afin de permettre dans tous les sens l'irrigation de liquides antiseptiques. Mais, au bout de quelque temps, ces drainages deviennent extrêmement difficiles à entretenir dans un état d'asepsie absolue; des bourgeons charnus se forment aussi et peu à peu obturent l'orifice des drainages. Ces derniers ont été critiqués, puis abandonnés; il est donc de règle aujourd'hui d'exécuter ces blocs pleins. Depuis, M. Michaëls, auquel la pratique chirurgicale doit la prothèse des membres, a pu remplacer certaines portions d'os réséqués par le Dr Péan.

Maxillaires ou os en caoutchouc durci doivent être asep-

tisés d'une façon parfaite avant leur adaptation; pour cela il faut les faire bouillir pendant vingt-quatre heures dans un bain de paraffine qui en pénètre et obture profondément tous les pores. La difficulté d'exécution, avec un matériel tout spécial, d'appareils souvent volumineux, la composition et la cuisson du caoutchouc, puis son finissage ont empêché la vulgarisation de cette prothèse immédiate. De plus, si au moment de la pose, après la résection de l'os pathologique, le bloc de prothèse ne s'adapte pas exactement aux deux tronçons d'os sain, il faut que le prothésiste, auxiliaire du chirurgien, ait recours à la lime pour le modifier. Puis, quand la pièce est en place, si quelque angle fait saillie et qu'il faille l'arrondir à la fraise, mue par le moteur, il faut renoncer à la stérilisation de ce caoutchouc dépoli et parfois avivé profondément.

J'ai cherché à remplacer la substance impure qu'est le caoutchouc durci par une autre absolument aseptique: l'une, le verre, ne m'ayant donné que des déboires, j'ai adopté la porcelaine dure, grâce à laquelle les résultats obtenus sont parfaits. Un éminent chirurgien des hôpitaux de Paris, professeur agrégé à la Faculté de médecine, a bien voulu expérimenter ma méthode il y a quelques semaines, pour le remplacement immédiat d'une portion de maxillaire inférieur. Après le boulonnage, qui donne des résultats meilleurs que le vissage de la pièce, la partie inférieure du bloc un peu trop volumineuse eut besoin d'être diminuée; cette manœuvre fut faite dans le champ opératoire même, et les limailles de porcelaine y restèrent. A la suite de l'opération, non seulement la malade n'eut pas de température, mais les débris de porcelaine n'occasionnèrent aucune infection.

Le modelage de la pâte de porcelaine se fait plus facilement que celui du caoutchouc ; cuite à 1600 degrés centigrades, ses moindres molécules ne peuvent pas ne pas être aseptiques; elle est usée facilement par la meule de carborundum pour les retouches, et ses limailles sont inoffensives.

La seule objection qu'on puisse faire à son emploi est sa fragilité plus apparente que réelle. Je ferai, en effet, à Madrid,

des expériences dynamométriques comparatives sur une collection d'os en porcelaine et démontrerai que les appareils pour membres ou maxillaires ont une force de résistance plus que suffisante pour le rôle qu'ils ont à remplir. J'ajouterai qu'au lieu de visser ces appareils sur l'os sain, je les boulonne, et que, pour les renforcer et les fixer, je me sers d'attelles de métal de forme particulière. Pour terminer, je dirai qu'il est parfois très difficile de retirer un appareil de caoutchouc volumineux, tandis qu'il est très facile de diviser l'os en porcelaine avec une pince coupante, et d'en retirer les tronçons, et ce n'est pas son moindre avantage.

Je me suis simplement proposé aujourd'hui de prendre date, me réservant de présenter prochainement à la Société d'odontologie de Paris, une malade porteuse d'une portion de maxillaire en porcelaine dure et de développer plus longuement ce procédé.

ADRESSES UTILES

La ligne : 20 francs par an,
Lignes en sus : 10 fr. la ligne. } **dans 24 numéros.**

C. Ash et fils (*Fourn. gén.*) 22, rue du Quatre-Septembre, PARIS. **TÉLÉPHONE 294.47.**
Dr Bengué (*Anestile*), 47, rue Blanche, PARIS.
J. Fanguet, Georges Clotte, sr (*Impressions en t. genres*), 28, r. d'Enghien, PARIS.
Comptoir international (*Fourn. gén.*), 15, avenue Fonsny, BRUXELLES.
Contenau et Godart fils (*Fourn. gén.*), 7, r. du Bouloi, PARIS. **TÉLÉPHONE 214-53.**
Cornelsen (*Fourn. gén.*), 16, rue St-Marc. **TÉLÉPHONE 218.69.**
A. Debraux, profr (*Cert. d'Et. exigé des dentistes*), 17, faub. Montmartre, PARIS.
Vve Jules Friese (*Fournitures générales*), 3, rue de Londres, PARIS.
Alfred Joliot (*Fourn. gén.*), à la Cloche, 193, rue St-Martin. **TÉLÉPHONE 271.51.**
Mamelzer et fils (*Man. dent.*), 40, r. Croix-des-Petits-Champs, PARIS. **TÉL. 306.77.**
Al. Maylaënder (*Reliures en tous genres*), 66, rue Daguerre, PARIS.
A. Mellottée, imprimeur de *L'Odontologie* à CHATEAUROUX.
P. Périé fils (*Fournitures générales*), 7, place Lafayette, TOULOUSE.
B. Platschick (*Prothèse à façon*), 3, rue Ventadour, PARIS. **TÉLÉPHONE 222.82.**

Reymond frères (*Fournitures générales.*) **TÉLÉPHONE 312.91.**
{ 22, rue Le Peletier, PARIS.
44, place de la République, LYON.
69, rue de la Croix-de-fer, BRUXELLES.
3, rue Petitot, GENÈVE.

Victor Simon et Cie (*Four. gén.*), 54, rue Lamartine, PARIS. **TÉLÉPHONE 269-45.**
Société coopér. des dent. de Fr., 45, r. de La Tour-d'Auvergne. **TÉLÉPH. 223.04.**

Société Française de Fournitures Dentaires. } 58 bis, Chaussée-d'Antin, Paris **TÉLÉPHONE 214-47.** { *Grande exposition*, au dépôt de PARIS, de toutes les *Nouveautés dans l'outillage* de MM. les Dentistes.

Syndicat Français (*Recouvrements d'honoraires*), 131, boul. Sébastopol, PARIS.
Vve J. Wirth (*Manuf. dent.*), 22-24, av. Philippe-Auguste, PARIS. **TÉLÉPH. 923.48.**

STATISTIQUE

DES ANESTHÉSIES AU PROTOXYDE D'AZOTE ET AU SOMNOFORME PRATIQUÉES DANS LE SERVICE DE M. RONNET EN 1902

Par le Dr G. Mahé.

On sait l'importance qu'a prise la statistique dans les débats de thérapeutique ou de manuel opératoire. En matière d'anesthésie notamment, de récentes discussions dans toutes les sociétés médicales l'ont montré, la statistique est un élément d'appréciation des plus frappants, sinon des meilleurs. C'est cette considération qui m'a engagé à faire le présent relevé, malgré le peu d'intérêt immédiat d'un tel travail. De plus, à cette raison d'ordre général s'en ajoutait une autre plus particulière; dans le service de M. Ronnet, dont j'eus la bonne fortune d'être l'assistant pendant la dernière année scolaire, on n'emploie que des anesthésiques qui ont pour unique but de supprimer la douleur et qui ne permettent ainsi que des opérations de courte durée, comme les extractions faciles, à l'exclusion des anesthésiques plus puissants auxquels on demande de rendre facile ou même possible l'opération, au moins autant que d'en assurer l'insensibilité au patient.

De ces anesthésiques deux surtout nous ont occupés, placés aux deux extrémités de l'ordre chronologique : l'un, le plus ancien de tous, pour lequel — après un abandon presque complet — notre spécialité semble manifester un nouvel intérêt, qui n'est pas sans fondement sérieux, le protoxyde d'azote, l'oxyde nitreux, comme disent très justement les Anglais, — l'autre, le dernier né d'une assez nombreuse famille, le somnoforme, le mélange de M. Rolland.

La comparaison entre ces deux agents ne me paraît pas dénuée d'intérêt, quoique jusqu'ici elle ne me semble pas comporter de conclusion précise. Le protoxyde d'azote a pour lui son innocuité presque complète surabondamment établie, sa facilité relative d'administration, ses résultats presque toujours parfaits, quand on ne lui demande que ce qu'il peut donner. Les partisans du somnoforme réclament pour lui les mêmes avantages, en y ajoutant la suppression de cet impedimentum qu'est l'instrumentation obligatoire du protoxyde d'azote. Ces deux agents ont été employés par nous, toutes autres

conditions égales, et le relevé ci-dessous fournit des éléments de la comparaison qu'on peut en faire.

Pour des opérations aussi courtes, une statistique n'a de valeur que si elle est d'une exacte précision, et une telle précision n'est possible que si un assistant intelligent et assidu veut bien se charger exclusivement de la tâche aride de relever attentivement les phénomènes, d'en chronométrer exactement la succession et d'enregistrer sans omission les observations rapidement signalées. C'est parce que deux élèves de première année, MM. Fié et Chassagne, ont bien voulu remplir bénévolement ce rôle délicat que cette publication est possible. Je tiens à les remercier ici de l'aide dévouée qu'ils m'ont prêtée.

ANESTHÉSIES AU PROTOXYDE D'AZOTE

NUMÉROS	SUJETS	ANTÉCÉDENTS PATHOLOGIQUES	DURÉE DE L'ADMINISTRATION.	DURÉE DU SOMMEIL.	NATURE DU SOMMEIL.	RÉVEIL	OPÉRATIONS	PARTICULARITÉS
1	M. D., 20 ans, soldat.	Epilepsie.	60 sec.	60 sec.	Très calme.	Lent.	Extraction d'une racine.	Le patient a eu la perception non douloureuse de l'opération.
2	Mme O., 23 ans, ménagère.	Névropathe, 2 anesthésies antérieures.	35 sec.	60 sec.	Surexcitation et cris durant tout le sommeil.		Extraction laborieuse d'une racine.	
3	M. Ch., 22 ans, dessinateur.	Fièvre typhoïde à 13 ans.	40 sec.	45 sec.	Très calme, sueur au front.	Lent.	Extraction d'une molaire.	
4	Mme Al., 26 ans, modiste.	»	35 sec.	60 sec.	Calme.	Lent.	Extraction d'une molaire.	
5	Mme L., 45 ans, ménagère.	»	35 sec.	45 sec.	Très calme.	Très lent.	Extraction d'une prémolaire et d'une molaire.	
6	Mlle K., 23 ans, couturière.	»	45 sec.	60 sec.	Calme, mais respiration un peu gênée.	Brusque.	Extraction d'une dent de sagesse.	
7	Mlle D., 13 ans.	»	30 sec.	30 sec.	Cris pendant le sommeil.	Brusque.	Extraction d'une molaire.	Perception non douloureuse de l'opération.
8	M. Bl., 30 ans, photographe.	Névropathe.	45 sec.	»	»	»	»	Violente excitation, le malade se dresse debout sur le fauteuil, il faut 5 ou 6 élèves pour le maintenir. Cette excitation dure 30 secondes et est suivie immédiatement du réveil. Le patient n'a qu'une notion très vague de ce qui s'est passé. Il refuse toute opération.

NUMÉROS	SUJETS	ANTÉCÉDENTS PATHOLOGIQUES.	DURÉE DE L'ADMINISTRATION.	DURÉE DU SOMMEIL.	NATURE DU SOMMEIL.	RÉVEIL	OPÉRATIONS	PARTICULARITÉS
9	M. H., 21 ans, empl. de bureau.	»	20 sec.	35 sec.	Calme.	Brusque.	Extraction d'une molaire.	
10	Mlle D., 30 ans, femme de chambre	A déjà été anesthésiée au somnoforme et au protoxyde d'azote.	40 sec.	45 sec.	Cris, respiration un peu gênée.	Normal.	Extraction de quatre racines.	
11	Mlle G., 21 ans, couturière.	A déjà été anesthésiée au somnoforme.	40 sec.	60 sec.	Cris durant le sommeil.	Lent.	Extraction de deux racines.	A eu conscience de l'opération et a souffert un peu.
12	Mme B., 25 ans, ménagère.	Fièvre typhoïde il y a 2 ans. Sortie depuis 3 semaines de l'hôpital à la suite d'une bronchite bacillaire. Tous les signes de la tuberculose pulmonaire.	35 sec.	40 sec.	Respiration un peu gênée, quelques petis cris, légère mydriase.	Brusque, avant la fin de l'opération.	Extraction d'une racine.	
13	Mlle G., 17 ans, étudiante.	»	35 sec.	30 sec.	Calme.	Brusque, avant la fin de l'opération.	Extraction d'une seconde molaire inférieure.	Ayant souffert un peu à la fin de l'opération, prétend avoir tout senti.
14	Mme C., 26 ans, ménagère.	Deux anesthésies antérieures.	45 sec.	35 sec.	Cris.	Lent.	Extraction d'une prémolaire inférieure.	Déclare avoir tout senti.
15	Mlle P., 20 ans.	Une anesthésie antérieure au somnoforme.	45 sec.	30 sec.	Agitation extrême.	»	»	Dent luxée. Nouvelle application de 30 secondes, sans résultat, dent brisée.
16	Mme Ab., 22 ans, cuisinière.	Ethylique.	50 sec.	60 sec.	Un peu d'essoufflement, légère cyanose, quelques cris.	Normal.	Extraction de deux molaires.	
17	*Mme F., 30 ans, plumassière.*	*Plusieurs anesthésies antérieures.*	*35 sec*	*20 sec.*	*Tremblement généralisé. Crises de convulsions toniques, suivies de quelques convulsions cloniques. Cyanose.*	*Réveil très lent et agité.*	*Pas d'opération.*	
18	Mlle P., 21 ans, dentellière.	Fièvre typhoïde à 16 ans.	a) 50 s. b) 72 s.	17 sec.	Pas d'abolition de la sensibilité : la patiente se lève brusquement. Pénible.	Torpeur lente à se dissiper, gaîté consécutive.	Extraction de deux racines de molaire.	
19	M. C., 27 ans, valet de chambre.	Rhumatisme chronique.	50 sec.	34 sec.	Période d'excitations, quelques cris.	Assez lent.	Extraction d'une racine.	
20	Mlle R., 27 ans, journalière.	Fièvre typhoïde.	45 sec.		Pas de sommeil, légère analgésie, cris.	Légère stupéfaction, tête lourde.	Extraction d'une racine.	
21	Mlle Ac., 22 ans, femme de chambre	»	a) 54 s b) 72 s.	40 sec.	Persistance du reflexe palpébral. Le reflexe n'est pas aboli, la pupille est très dilatée.	Rapide.	Extraction de quatre racines.	A souffert.
22	Mlle M., 18 ans, couturière.	»	65 sec.	30 sec.	Normal.	Lent, tristesse, pleurs.	Extraction d'une racine.	A eu la perception non douloureuse de l'opération.
23	Mme M., 27 ans, couturière.	Déjà anesthésiée au protoxyde d'azote.	64 sec.		Pas de sommeil.		Pas d'opération.	Echec dû au fonctionnement défectueux de l'appareil.
24	Mlle B., 23 ans, cuisinière.	Une anesthésie antérieure au protoxyde d'azote et une au somnoforme.	75 sec. 63 sec.	»	Pas de sommeil, analgésie relative.	»	Extraction d'une molaire supérieure.	A souffert. (Mauvais fonctionnement de l'appareil.)
25	Mme B., 24 ans, couturière.	»		70 sec.	Normal.	Rapide.	Extraction de deux prémolaires.	

NUMÉROS	SUJETS	ANTÉCÉDENTS PATHOLOGIQUES.	DURÉE DE L'ADMINISTRATION.	DURÉE DU SOMMEIL.	NATURE DU SOMMEIL.	RÉVEIL	OPÉRATIONS	PARTICULARITÉS
26	M. P., 25 ans, dessinateur.	»	135 s.	75 sec.	Sommeil particulièrement paisible.	Long.	Extraction de deux racines de molaire supérieure.	A eu la perception non douloureuse de l'opération et n'a pas perdu la sensation du monde extérieur.
27	Mme L., 34 ans, couturière.	»	50 sec.	58 sec.	Inspirations courtes et saccadées, puis plaintes augmentant d'intensité jusqu'à la fin. Le mot « méchant » est nettement prononcé à diverses reprises.	Aspect angoissé, pleurs.	Extraction des racines d'une molaire.	
28	Mme H., 24 ans, ménagère.	»	50 sec.	40 sec.	Normal.	Brusque.	Extraction d'une prémolaire.	Sensation non douloureuse de l'opération, avec perception des bruits extérieurs.
29	Mme Ch., 28 ans, couturière.	»	50 sec.	48 sec.	Respiration superficielle, cris prolongés, cessant brusquement.	Lent et calme.	Extraction de trois racines.	Perception non douloureuse de la dernière opération.

ANESTHÉSIES AU PROTOXYDE D'AZOTE UNI A L'OXYGÈNE [1]

30	Mlle B., 22 ans, cuisinière.	»	78 sec.	53 sec.	Paisible.	Lent.	Extraction de trois racines.	Légère cyanose. Perception de toutes les paroles prononcées. Sensation non douloureuse de l'opération.

1. Grâce à l'amabilité de M. Joffroy, qui a bien voulu nous prêter son appareil, nous avons pu expérimenter l'appareil d'Hewitt. Nous ne pouvons que regretter le petit nombre de cas où nous avons pu l'employer.

31	*Mme Br., 23 ans, ménagère.*	»	*83 sec.*	*70 sec.*	*Très paisible.*	*Lent, légère torpeur.*	*Extraction de deux racines de grosse molaire.*	
32	Mlle F., 25 ans, mécanicienne.	»	68 sec.	40 sec.	Paisible.	Rapide.	Extraction de trois racines.	Perception douloureuse de la dernière opération.

ANESTHÉSIES AU SOMNOFORME

		ANTÉCÉDENTS PATHOLOGIQUES	Quantités.						
33	M. Dez., 35 ans, employé des postes	»	4 cm3	45 sec.	75 sec.	Calme.	Lent.	Extraction de deux racines.	Forte congestion de la face.
34	Mme D., 22 ans, ménagère.	Névropathe.	4 cm3	70 sec.	45 sec.	Courte période d'excitation, anesthésie incomplète.			
			4 cm3		45 sec.		Brusque.	Extraction de trois racines.	Forte congestion de la face.
35	Mme J., 27 ans, couturière.	»	4 cm3	60 sec.	60 sec.	Très calme.	Très lent.	Extraction d'une molaire.	
36	Mme A., 28 ans, employée de bureau.	Début probable de grossesse.	4 cm3	50 sec.	70 sec.	Très calme.	Brusque, excitation nerveuse.	Extraction de trois racines et d'une dent de sagesse.	
37	Mlle S., 12 ans.	»		30 sec.	45 sec.	Très calme.	Lent.	Extraction d'une molaire.	
38	Mlle O., 15 ans.	»		40 sec.	80 sec.	Très calme.	Très lent.	Extraction d'une racine.	
39	Mme D., 22 ans.	Nerveuse. Anesthésiée la semaine précédente.		50 sec.	40 sec.	Période d'excitation préanesthésique, quelques cris pendant le sommeil.	Brusque.	Extraction d'une racine.	
40	Mme F., 35 ans, ménagère.	Asthmatique.		65 sec.	105 sec.	Sueur au front.	Brusque, se plaint d'une sensation de froid.	Extraction d'une molaire.	

NUMÉROS	SUJETS	ANTÉCÉDENTS PATHOLOGIQUES	QUANTITÉS	DURÉE DE L'ADMINISTRATION.	DURÉE DU SOMMEIL.	NATURE DU SOMMEIL.	RÉVEIL	OPÉRATIONS	PARTICULARITÉS
41	Mme Br., 21 ans.	Anémique (?), a été opérée dans son enfance pour une péritonite probablement bacillaire.	4 cm3	60 sec.	45 sec.	Excitation préanesthésique, cris pendant le sommeil, sueur au front.	Très lent.	Extraction laborieuse d'une racine.	
42	M. R., 19 ans, instituteur.	»	4 cm3	150 s.	30 sec.	Normal.	Lent.	Extraction d'une molaire.	
43	Mlle D., 30 ans, femme de chambre	Très affaiblie par une grippe récente. A été anesthésiée trois jours auparavant au somnoforme dans un autre service que celui de M. Ronnet. A été malade le lendemain, a eu une poussée fébrile toute la journée et une syncope d'une heure. L'opération est remise à une date ultérieure.							
44	Mlle L., 18. ans, femme de chambre	»		45 sec.	45 sec.	Forte agitation, cris.	Brusque.	Extraction d'une molaire.	
45	Mme Eu., 24 ans, domestique.	Salpyngite de nature indéterminée.		35 sec.	120 sec.	Très calme. Respiration ample.	Brusque.	Extraction de deux prémolaires.	
46	Mme D., 37 ans, ménagère.	Fièvre typhoïde 9 ans auparavant.		40 sec.	45 sec.	Excitation préanesthésique.	Très lent.	Extraction d'une molaire.	
47	Mme V., 29 ans.	»	10 cm3	105 sec.	60 sec.	Très forte excitation, cris.	Lent.	Extraction de deux racines, d'une dent de sagesse.	Le somnoforme employé était la dernière portion du flacon.
48	M. S., 38 ans, facteur des postes.	»	1 cm3	80 sec.	30 sec.	Très calme.	Spontané, au cours de l'opération.	Dent luxée pendant la période d'analgésie.	Sujet inconscient, mais sans sommeil anesthésique. Mouvements volontaires. Analgésie très courte.
49	Mlle B., 22 ans, journalière.	Déjà anesthésiée au protoxyde d'azote.		62 sec.	63 sec.	Paisible, très léger, commencement de cyanose.	Lent. Torpeur.	Extraction de trois racines.	Perception non douloureuse de l'opération.
50	M. J., 24 ans, valet de chambre.	»		66 sec.	42 sec.	Très paisible.	Brusque.	Extraction de racines de molaire.	A eu conscience sans souffrance de l'opération.
51	Mlle Ch., 23 ans, couturière.	Déjà anesthésiée au somnoforme.		72 sec.	43 sec.	Crise survenue au début de l'administration, sommeil très agité, mouvements désordonnés.	Lent, agité, crise nerveuse de 9 minutes nécessitant l'aide de plusieurs élèves pour maintenir le sujet.	Extraction d'une racine de molaire.	
52	Mme D., 33 ans, domestique.	»		75 sec.		Tremblement général dès l'application du masque, sommeil paisible.	Brusque hilarité prolongée.	Extraction de quatre racines.	
53	Mme V., 30 ans, brodeuse.	»		70 sec.	47 sec.	Crise nerveuse, mouvements désordonnés, cris.	Lent. Torpeur.	Extraction de trois racines.	
ANESTHÉSIE MIXTE									
54	Mlle R., 21 ans, modiste.	»	1re appl. Protoxyde 128 sec.	Pas de sommeil par suite du mauvais fonctionnement de l'appareil.					
			2e appl. Somnoforme, 64 s.		49 sec.	Paisible.	Lent. Hilarité. Sensations voluptueuses intenses.	Extraction d'une molaire.	
ANESTHÉSIE AU CHLORURE D'ÉTHYLE									
55	Mlle G., 22 ans, domestique.	»	Chlorure d'éthyle, 30cm3, 40 s.		50 sec.	Patiente sidérée.	Très lent.	Extraction d'une prémolaire.	La forte quantité d'anesthésique administrée est le fait d'une erreur. La patiente est d'abord violemment congestionnée, puis elle devient graduellement livide. Au réveil, vomissements. Malaise général très accentué pendant une demi-heure, après laquelle on peut la reconduire chez elle en voiture.

CONSIDÉRATIONS.

J'ai dit en commençant qu'il me paraissait absolument impossible de tirer de ces cas une conclusion ferme et je vais le démontrer. Cependant ils se prêtent à quelques remarques intéressantes.

Protoxyde d'azote. — Sur vingt-neuf cas nous avons eu quatre échecs absolus que j'attribue à un mauvais fonctionnement de l'appareil et qui d'ailleurs se sont produits en série. Les vingt-cinq autres cas se décomposent en sept cas où l'anesthésie fut de 30″ au maximum, huit où elle fut de 45″ au maximum, huit où elle atteignit au plus 60″ et enfin deux où elle dépassa un peu cette durée, soit 70 et 75″. Notre chiffre le plus faible est 20″. En négligeant les extrêmes, qui sont l'exception, on voit qu'il est encore impossible de tirer de ces chiffres un renseignement quelque peu précis, puisqu'ils nous apprennent que l'oxyde nitreux provoque un sommeil dont la durée varie de 30 à 60″, c'est-à-dire du simple au double.

Je me suis demandé aussi s'il y avait un semblant de rapport constant entre la durée d'administration du gaz et la durée du sommeil. Sur ce point encore rien n'est plus inconstant et plus variable. Dans deux cas seulement le sommeil a égalé l'administration, les vingt-trois autres cas se partagent en nombres à peu près égaux : douze cas dans lesquels la durée du sommeil fut *supérieure* au temps d'inhalation, onze dans lesquels elle lui fut *inférieure*. Et si nos deux cas maximum ont correspondu à une administration assez longue $\frac{S = 70}{A = 63}$ et $\frac{S = 75}{A = 135}$ nous possédons dans les équations suivantes $\frac{S = 30}{A = 65}$ et $\frac{S = 47}{A = 72}$ des éléments suffisamment contradictoires pour enlever toute velléité de conclusion.

D'autre part, je dois avouer que, malgré l'attentive observation qui a présidé à l'administration du gaz, vingt-neuf cas ne constituent pas une pratique bien étendue, et c'est, bien que je sache que mon expérience est d'accord avec celle des autres administrateurs du protoxyde d'azote, ce qui m'empêche de dire très fermement que, telle qu'elle se pratique encore, l'administration du protoxyde d'azote est fortement entachée d'empirisme dans son application et de hasard dans ses résultats.

Une question plus délicate, et paradoxale au premier abord, est celle-ci : le protoxyde d'azote donne-t-il une anesthésie réelle, telle que nous ont habitués à la comprendre la pratique de l'éther, du chloroforme et des éthers éthyliques ? Eh bien, quoique mes études théoriques sur ce sujet m'eussent donné, d'après les autorités classiques, une idée contraire sur ce point, et malgré l'étonnement que

cette déclaration provoquera chez les praticiens qui ont endormi par ce procédé des centaines de sujets, j'ose dire que l'oxyde nitreux ne m'a pas donné l'impression d'un véritable anesthésique, au moins dans les limites du procédé par lequel nous l'avons appliqué. Qu'il supprime la douleur dans le plus grand nombre de cas, cela est certain, mais cela d'abord n'est pas constant, et des sujets ayant toutes les apparences du sommeil parfait ont décrit leur douleur avec une telle précision de détails qu'il n'est guère possible de nier qu'ils ne l'aient réellement sentie. Dans un très grand nombre de cas la sensation tactile est conservée intacte, ainsi que la perception parfaite du monde extérieur, et il semble qu'il y ait plutôt une perversion de la perception des sensations que leur suppression, comme cela arrive dans l'ivresse alcoolique ou dans certains troubles psychiques. D'ailleurs le seul fait de supprimer la douleur ne caractérise pas l'anesthésique, et la morphine dont le pouvoir analgésique est si puissant parfois n'est pas un anesthésique. Or, s'il ne m'a pas été possible de vérifier l'état du système musculaire, dont la résolution d'ailleurs n'est obtenue par les anesthésiques les plus typiques qu'à la troisième période de leur action, j'ai par contre très souvent noté le fait suivant qui a provoqué mon doute.

Nous avons suivi pour l'administration du gaz la méthode des appels d'Aubeau. M. Ronnet contrôlait plus volontiers les réponses du patient, alors que je m'attachais plutôt au réflexe palpébral. Or, dans un nombre considérable de cas — dont malheureusement je n'ai pu faire noter le détail — le visage du patient devenait terreux, pâle, et subissait un commencement de *virage*, qui nécessitait l'éloignement immédiat du masque, en un mot le patient commençait l'*asphyxie* et cependant même alors il répondait nettement aux appels et son réflexe palpébral était parfaitement et intégralement conservé.

On a dit que dans le protoxyde d'azote l'asphyxie suivait immédiatement l'anesthésie. Or, j'ai vu des cas indubitables où l'asphyxie a précédé l'anesthésie ou plus exactement l'analgésie.

Cette infériorité de l'oxyde nitreux sur les autres anesthésiques tient sans doute à ce qu'il ne se réalise pas avec les éléments cellulaires, et particulièrement avec les cellules nerveuses, la combinaison momentanée qu'on obtient avec ceux-ci, et qu'il agit seulement par la seule substitution d'un gaz, moins capable d'entretenir l'hématose, à l'oxygène qui en est le facteur essentiel. Mais si c'est là sa faiblesse, c'est aussi son avantage, et cela seul explique la rapidité, l'instantanéité de son élimination, l'absence complète de phénomènes consécutifs et la presque innocuité de la narcose. En fait nous n'avons pas eu d'incident, ni d'alerte notable.

Je viens de dire que nous avions surtout employé la méthode *des appels* proposé par M. Aubeau. Cela nous a aidé, à vrai dire,

à éviter la cyanose dans la majorité des cas. Mais, et ceci répète ce que je viens de dire, la pratique ne m'a pas confirmé à beaucoup près l'infaillibilité, ni même la valeur, d'une méthode que l'étude dans le livre, m'avait accoutumé à considérer comme la réglementation définitive de la narcose au protoxyde d'azote.

Mon rôle était principalement, en maintenant le masque, de surveiller la pupille du sujet, son réflexe palpébral et de contrôler en même temps ses réponses aux appels. Or, il est arrivé maintes fois que, alors que, guidé par des signes, j'étais disposé à continuer l'administration du gaz, M. Ronnet, qui surveillait l'ensemble de l'opération et qui possède une grande expérience du protoxyde d'azote, m'arrêtait rapidement, et cependant la pupille était normale, le réflexe absolument conservé, et la réponse aux appels aussi franche qu'il était possible ; mais le facies était devenu légèrement terreux, l'asphyxie commençait, et quelques intants plus tard la respiration stertoreuse se faisait entendre. Dans de telles conditions il me paraît difficile d'admettre que la méthode des appels constitue le mode d'administration idéal du protoxyde d'azote, comme il me paraît que l'anesthésie obtenue par ce gaz reste encore très perfectible, malgré la longue carrière qu'il a déjà fournie.

Protoxyde d'azote et oxygène. — La première tentative de ce perfectionnement indispensable a été, à la suite des travaux de P. Bert, l'administration simultanée de l'oxyde nitreux et de l'oxygène. De la méthode expérimentale de P. Bert il ne reste rien, et parmi les appareils qui en sont dérivés et qui ont pour but d'administrer le mélange gazeux à la pression normale, un seul est entré dans la pratique : celui de M. F. Hewitt, de Londres.

Cette méthode dénommée « *méthode non-asphyxiante* », issue de celle de P. Bert, en diffère cependant radicalement quant au principe. Il ne s'agit plus ici d'obtenir avec l'oxyde nitreux une anesthésie de durée quelconque grâce à l'augmentation de la pression extérieure, mais seulement d'adjoindre à ce gaz, à la pression ordinaire, la quantité maxima (encore bien faible cependant) d'oxygène à laquelle il est susceptible d'être mélangé, sans perdre ses propriétés anesthésiques. On espère ainsi, grâce à cette faible addition d'oxygène, reculer le moment où apparaît l'asphyxie, prolonger par conséquent la narcose et la rendre plus maniable. Enfin — et c'est un point qui pour être extra-scientifique n'en est pas pour cela négligeable — l'opérateur qui utilise ce procédé se place, en vue d'une responsabilité judiciaire à laquelle il faut toujours songer en pareille matière, dans les meilleures conditions, puisqu'il peut établir qu'il a employé le procédé offrant, à l'époque présente, le plus de garanties d'innocuité.

Grâce à l'obligeance de M. Joffroy, ancien élève de M. Ronnet, nous avons pu expérimenter cet appareil et, comme on a pu le voir

dans la statistique précédente, nous avons administré trois fois le protoxyde d'azote uni à l'oxygène. De plus, M. Ronnet lui-même et un élève du service se sont fait endormir à titre d'expérimentation. En présence d'un nombre aussi minime de cas, je tiens à me garder de tout ce qui pourrait ressembler à une conclusion. Cependant ici encore je donnerai mon impression.

Nous avons obtenu un sommeil de 40, 53, 70″, c'est-à-dire d'une durée moyenne de 50″, c'est-à-dire légèrement, mais très légèrement supérieure à celle qu'on obtient par le protoxyde d'azote pur. Si l'on veut bien considérer d'autre part que le chiffre de 45″ est celui que donne Hewitt lui-même, comme durée moyenne de l'anesthésie, on voit que de ce côté-là le bénéfice n'est pas grand. Ce qui *semble* plus réel, c'est la plus grande chance d'obtenir cette durée de 40 à 45″, si faible qu'elle soit, alors que, par le procédé ordinaire, on risque de voir le sujet se réveiller au bout de 20 à 30″.

Par contre, c'est d'ailleurs un inconvénient assez faible et très explicable, le temps d'administration m'a paru un peu plus long. Voici la formule de nos trois cas :

$$1^\circ)\ \frac{S = 40}{A = 68}\ ;\quad 2^\circ)\ \frac{S = 53}{A = 78}\ ;\quad 3^\circ)\ \frac{S = 70}{A = 83}.$$

Si l'on veut bien comparer la troisième formule à celle du cas de protoxyde d'azote pur qui s'en rapproche le plus, soit $\frac{S = 70}{A = 63}$, on sera bien en peine de conclure en faveur du procédé le plus perfectionné.

Cette plus longue durée de l'administration s'explique par la présence de l'oxygène, qui prolonge l'hématose normale et retarde ainsi la pénétration dans le sang du protoxyde d'azote en quantité suffisante. M. Ronnet qui s'est fait endormir un grand nombre de fois, s'est très bien rendu compte de la sensation subjective provoquée par ce phénomène : « La résistance à l'ivresse anesthésique est beaucoup plus longue et plus facile, disait-il, et ma conscience a lutté beaucoup plus longtemps que lorsque j'ai inhalé du protoxyde d'azote pur. »

Un autre avantage de cette méthode, qui a servi à lui donner un nom, c'est qu'elle serait « non-asphyxiante ». Prise dans un sens absolu cette proposition est absolument fausse, et cela est assurément très regrettable pour la méthode et pour nous. Suivant en cela les conseils de l'auteur, nous avons administré l'oxygène dans une proportion de 4 à 5 0/0 : ayant enlevé le masque dès l'obtention du sommeil, nous n'avons en effet pas observé de modification de couleur des téguments dans nos trois cas. Mais pour l'élève qui s'est présenté à l'expérience, nous avons agi différemment et, lui ayant donné graduellement le maximum d'oxygène possible, soit 10 0/0, nous avons tenté de prolonger l'admi-

nistration *quelques instants* après l'apparition du sommeil. Et alors, brusquement, nous avons vu apparaître d'emblée une magnifique cyanose, la plus belle que j'aie vue, en même temps que la respiration devenait stertoreuse. Mon opinion était faite : si la méthode d'Hewitt est moins rapidement asphyxiante que la méthode ordinaire, elle n'en demeure pas moins asphyxiante au même titre.

A ce propos j'ai voulu vérifier une proposition théorique d'Aubeau : notre patient ayant subi un commencement d'asphyxie devait présenter du sucre dans son urine ; or l'examen de l'urine, recueillie depuis ce moment jusqu'au lendemain matin, n'a pas décelé la moindre trace de glucose.

Somnoforme. — Le point saillant de nos remarques sur le somnoforme (au point de vue de la comparaison avec l'oxyde nitreux), c'est la durée de l'anesthésie obtenue par son emploi. Or, incontestablement cette durée est supérieure à celle que procure le protoxyde, mais cette supériorité, cependant, n'est pas considérable. Sauf trois cas où nous avons obtenu seulement 30 et 40″ de sommeil, la durée minima de l'anesthésie a été de 45″. Le chiffre de 45″ est encore bien faible, mais il sembre être le minimum utile sur lequel on soit en droit de compter, alors qu'avec le protoxyde d'azote il est assez souvent abaissé à 30″ pour qu'on soit forcé de considérer ce chiffre comme le minimum utile. Or, d'une façon relative la différence dont il s'agit représente *le tiers* du temps total, c'est-à-dire une fraction très importante, et en réalité 15″ sont un temps appréciable pour des opérations aussi rapides. Enfin, en consultant le tableau précédent, on peut voir que les anesthésies de 60, 75, 80″ ne sont pas exceptionnelles : nous avons même obtenu 105 et 120″. Pour ces chiffres plus élevés la supériorité sur le protoxyde d'azote nous paraît moins établie, d'abord parce que, pas plus qu'avec celui-ci, ces temps plus longs ne peuvent être obtenus à volonté, ensuite parce que, comme nous l'avons vu, cet agent est susceptible de donner aussi, quand il lui plaît pour ainsi dire, un sommeil de durée presque égale.

J'ai dit que les plus longues anesthésies n'étaient pas le résultat d'une manœuvre volontaire et que, comme pour le protoxyde d'azote, elles semblaient dépendre de facteurs qui ne sont pas sous la dépendance de l'anesthésiste. En effet : d'une part la dose administrée n'a guère varié (elle a toujours oscillé aux environs de 4 centimètres cubes) et d'autre part le temps plus ou moins long pendant lequel le masque a été maintenu ne semble avoir eu aucune influence sur la durée du sommeil. C'est ainsi que nous avons ces équations assez peu précises :

$$1^{o})\ \frac{S = 120}{A = 35}\ ;\quad 2^{o})\ \frac{S = 30}{A = 150}\ ;\quad 3^{o})\ \frac{S = 45}{A = 45}\ ;\quad 4^{o})\ \frac{S = 80}{A = 40}.$$

Même je me suis demandé — en constatant qu'en général les plus

longues applications ont correspondu à des anesthésies courtes — si, étant donné l'absence à peu près complète de signes indiquant le moment précis où le patient a perdu conscience, la longue application du masque n'avait pas eu pour unique effet de cacher l'apparition de l'anesthésie et d'en faire perdre la plus grande partie.

Contrairement au protoxyde d'azote, le somnoforme m'a paru un véritable anesthésique, d'action probablement superficielle et d'élimination très rapide assurément. Le réveil, pour être très rapide, n'a pas cependant l'instantanéité, la netteté de celui qui suit l'absorption du protoxyde d'azote. Etourdissements, céphalalgie, douleurs lombaires, faiblesse des jambes m'ont paru des phénomènes consécutifs, légers, fugaces, mais à peu près constants. Dans d'autres observations, j'ai noté du nystagmus, des suites post-anesthésiques, désagréables et l'observtion 43 en rapporte un nouveau cas. J'y ajouterai encore une dilatation très fréquente de la pupille. Tout cela indique qu'il n'y a pas là une simple substitution d'un gaz à un autre, comme avec l'oxyde nitreux, mais très probablement une véritable combinaison momentanée avec les cellules de l'organisme, cellules du sang ou des centres nerveux. Je sais qu'on a dénié au somnoforme le titre d'anesthésique, parce qu'il ne provoque pas la résolution musculaire. Je pense qu'il y a là une double erreur : d'abord la résolution musculaire n'est pas *la caractéristique de l'anesthésie* considérée en général, elle est *une des caractéristiques d'une des phases de l'anesthésie ;* ensuite le somnoforme peut réellement donner la résolution musculaire. Je regrette que le peu de temps dont nous disposions pour chaque opération n'ait pas permis de noter à part cette particularité, je reconnais que la majorité de nos patients n'était pas en état de résolution, mais j'affirme que j'en ai vu un certain nombre chez lesquels elle était complète. D'ailleurs cette objection eut le caractère d'une objection théorique : étant donné que le somnoforme est surtout composé de chlorure d'éthyle et que, d'autre part, l'auteur de la critique rapportait un nombre considérable (et d'ailleurs évidemment erroné) d'anesthésies au chlorure d'éthyle sans résolution musculaire, il en concluait que le somnoforme ne *pouvait* pas produire ce phénomène. Or, ceci encore renferme une erreur. J'ai acquis dans la pratique hospitalière quelque habitude de l'anesthésie au chlorure d'éthyle pur et je déclare absolument que cet agent est parfaitement capable de donner une résolution musculaire complète. Ce qui est vrai, c'est qu'il ne la donne pas toujours — pas plus que l'anesthésie d'ailleurs. J'ai cru remarquer, je crois d'ailleurs que cette remarque a déjà été faite, que l'anesthésie au chlorure d'éthyle est *d'autant plus facile et plus complète que le sujet est plus jeune.* Avec le somnoforme nous avons surtout endormi des adultes et je n'ai pas pu vérifier si cette proposition est vraie pour lui.

Notre statistique comprend, en outre, un cas d'anesthésie au chlorure d'éthyle. Il ne s'agit pas de *kélène*, et l'anesthésique fut administrée par un de mes collègues très au courant de la narcose en général. Ce cas présente, à titre particulier, un certain intérêt et je terminerai ces considérations par son récit un peu détaillé.

L'anesthésiste, — comme cela se pratique toujours — tenant dans sa main gauche la compresse formant cornet et ayant saisi de sa main droite le tube de chlorure d'éthyle qu'un assistant lui tendait débouché, arrosa d'un jet d'éther le fond de la compresse pendant le temps indiqué par l'expérience pour obtenir une quantité suffisante de l'anesthésique. Puis, repassant le tube à l'assistant qui devait revisser le capuchon de fermeture, il appliqua rapidement la compresse sur le nez et la bouche du sujet en l'engageant à bien respirer.

Brusquement, après quelques inspirations, la jeune patiente se congestionna violemment et fut prise de phénomènes d'excitation intense — lesquels n'empêchèrent pas l'élève désigné de pratiquer l'opération pour laquelle on avait endormi le sujet et qui fut très rapidement faite. D'ailleurs presque immédiatement la face était redevenue pâle, blafarde, l'excitation avait fait place à une dépression profonde, avec respiration faible, coupée parfois d'inspirations brèves et saccadées.

Cet état de pâleur et d'anhélation, qui fut momentanément inquiétant, dura une demi-heure environ, temps après lequel on put faire reconduire la malade chez elle. Nous avons vu depuis que les suites de cette anesthésie n'eurent rien de fâcheux.

En vérifiant le tube dont il s'était servi, l'anesthésiste avait trouvé d'ailleurs l'explication de ces phénomènes anormaux. Au lieu d'arroser sa compresse avec le jet capillaire destiné à cet usage, il s'était par inadvertance — ou par erreur de son assistant — servi de l'orifice de remplissage du flacon, lequel mesurait à peu près un millimètre de diamètre et il s'aperçut avec une stupeur qu'on comprendra que, croyant disposer de 4 ou 5 centimètres cubes de chlorure d'éthyle, il avait fait inhaler brutalement à sa patiente la dose, quelque peu massive, de 30 centimètres cubes environ !

Ce cas, je pense, permet de supposer que le chlorure d'éthyle jouit d'une certaine innocuité, et c'est à ce titre que je l'ai rapporté.



SOCIÉTÉ D'ODONTOLOGIE DE PARIS

Séance du 16 *décembre* 1902.

Présidence de M. Roy, président.

La séance est ouverte à 9 h. 1/4.

36 membres sont présents ; sont excusés MM. Godon et Sautier.

Le procès-verbal de la dernière séance devant être publié dans le prochain numéro de *L'Odontologie*, *M. Roy* fait reporter son adoption à la séance de février.

L'Administration de l'École dépose sur le bureau de la Société des blocs-notes, dont les feuillets serviront aux divers orateurs à rédiger, en séance, un résumé de leurs paroles et de leurs observations.

M. Roy prie M. Loup, vice-président de bien vouloir le remplacer à la présidence en raison de la communication qu'il doit faire.

I. — Quelques considérations sur le traitement de la carie du 4e degré simple et compliquée d'abcès alvéolaire, par M. Roy.

M. Roy donne lecture de la communication publiée dans le journal, page 5, n° du 15 janvier 1903.

Discussion.

M. Choquet. — Je partage l'opinion de M. Roy sur la valeur antiseptique de l'essence de cannelle et je me permets de rappeler que, à côté des travaux de Miller sur le rôle antiseptique des essences, M. Chamberland a assigné, après de nombreuses expériences de laboratoire, un pouvoir antiseptique très puissant à certaines essences, en particulier à l'essence de cannelle. Il existe dans le commerce deux variétés d'essence : celle de Chine et celle de Ceylan; je me sers personnellement de l'essence de Ceylan, qui me paraît jouir de propriétés microbicides plus actives que celle de Chine. J'attribue, dans la désinfection des racines d'une dent, un très grand rôle au nettoyage mécanique par des tire-nerfs enroulés d'ouate, qui permettent d'arracher les fibres de Tomes dont l'infection est certaine. D'autre part, la disposition histologique des canalicules dentinaires rend leur désinfection plus facile : ils sont, en effet, très larges

vers leur extrémité interne, et la pénétration des antiseptiques aussi volatils que les essences s'y fait aisément.

M. Siffre. — J'ai présenté à la Société, il y a quelques mois, un procédé de traitement des caries du 4e degré par l'acide sulfurique. Les résultats que m'a donnés ce procédé sont vraiment remarquables, puisque sur les 2.000 cas que je pourrais vous montrer, j'ai eu 1.999 succès. Chaque canal est successivement nettoyé avec des mèches d'ouate imbibée d'acide sulfurique ; j'introduis autant de mèches que cela est nécessaire pour la désinfection absolue ; je m'arrête quand la ou les dernières mèches introduites ne révèlent plus aucune odeur. Je ne puis préciser le nombre de mèches à introduire : cela dépend du degré d'infection de la racine. Avec l'acide sulfurique j'arrive toujours, en une séance, d'une durée plus ou moins longue, à la guérison d'une carie du 4e degré, même si cette carie est compliquée de fistule gingivale.

M. Touvet-Fanton. — Il est possible que M. Siffre obtienne de bons résultats avec l'acide sulfurique. Je ne crois pas indispensable l'emploi d'un médicament aussi caustique que l'acide sulfurique, et pour ma part, j'obtiens d'excellents résultats avec l'eau oxygénée.

M. Baudelot. — Je voudrais bien voir appliquer la méthode de M. Siffre dont les résultats me paraissent exagérés.

M. Friteau. — Puisque M. Siffre a obtenu 1.999 succès sur 2.000 caries du 4e degré, c'est qu'il trouve toujours les canaux. Or nous savons tous que la découverte des trois canaux des grosses molaires est parfois chose impossible. Lorsque les canaux sont trouvés, leur désinfection est facile à l'aide d'un très grand nombre de médicaments. Ce qui me paraît surtout intéressant dans le procédé de M. Siffre vis-à-vis de l'universalité de ses succès, c'est la recherche, avec résultat certain, des canaux radiculaires ; c'est dans cette partie si importante du traitement que la méthode de M. Siffre présente un grand intérêt pratique. Aussi je le prie de venir à nos prochaines séances du dimanche me montrer, je puis même dire nous montrer, comment il fait pour trouver toujours tous les canaux radiculaires.

M. Cecconi. — Je voudrais voir M. Siffre appliquer sa méthode, car, lorsque j'ai essayé de me servir de mèches d'ouate imbibées d'acide sulfurique, j'ai constaté que le coton était détruit par le contact de l'acide. Je me joins donc à M. Friteau pour demander à M. Siffre de venir nous montrer la technique de son procédé.

M. Blatter. — J'apprécie beaucoup le traitement de M. Siffre : l'acide sulfurique n'agit pas seulement comme antiseptique, mais encore il décalcifie la dentine : il agrandit l'orifice des canaux ; le passage des mèches est alors plus facile et la désinfection est plus rapide.

M. Roy. — Je n'attache pas à mon procédé une valeur indiscutable : je vous l'ai présenté, parce que, l'ayant employé depuis dix ans, il m'a donné d'excellents résultats. Je me rallierai volontiers à tout

autre procédé qui, avec des observations bien établies, aura une statistique meilleure que la mienne. J'ai surtout insisté sur l'importance du nettoyage mécanique précédant le pansement antiseptique et j'ai dit, comme l'a répété M. Siffre au sujet de son procédé, que le nombre des mèches à introduire, pour obtenir un nettoyage absolu, était souvent très grand. Cette partie du traitement a une importance capitale, quel que soit l'antiseptique employé; de sa bonne exécution dépend la plus grande partie du succès. Je crois enfin, comme M. Blatter vient de le dire, que l'acide sulfurique peut favoriser la pénétration dans les canaux très étroits par la décalcification qu'il produit forcément et à ce titre peut présenter quelque avantage.

M. Siffre. — Je maintiens les chiffres de ma statistique. Je viendrai volontiers appliquer mon procédé à notre prochaine séance du dimanche, pour laquelle je m'inscris.

M. Lemerle. — La plupart des méthodes pour le traitement du 4e degré ont été remarquablement exposées dans les tableaux qu'Arkövy avait envoyé à l'Exposition de 1900 et que nous avons tous admirés. Pour ma part, j'emploie, pour l'obturation définitive des canaux, une pâte analogue à celle de M. Roy, mais je rends sa pénétration plus profonde en l'entrant dans les canaux à l'aide d'une sonde recouverte de quelques fibrilles d'ouate. Je ne crois pas que l'ouate, en si petite quantité, puisse s'infecter par la suite, si la stérilisation des canaux est parfaite.

M. Loup. — Beaucoup de méthodes sont bonnes ; aucune n'est capable de garantir le succès. Il existe, en effet, des caries du 4e degré, qui n'ont aucune apparence d'infection profonde et qui, cependant, sont extrêmement difficiles à guérir ; lorsque je me trouve en présence d'une de ces caries, je ne mets jamais de mèches dans les canaux par crainte d'une fluxion. Aussi je suis un peu craintif lorsque j'entends parler de succès certains en une seule séance avec une méthode ou une autre : il est des cas dans lesquels la patience me paraît préférable.

Aucun membre ne demandant plus la parole, *M. Loup* remercie M. Roy de sa très intéressante communication et lui cède la présidence.

II. — Procédé de rétention des appareils a plaque, système de succion simple, par M. Touvet-Fanton.

Sur la demande de quelques membres, cette communication est reportée à la prochaine séance pour permettre la lecture du rapport du secrétaire général, l'élection du bureau, et la discussion de quelques modifications aux statuts.

III. — Rapport du secrétaire général, par M. Touvet-Fanton.

M. Touvet-Fanton donne lecture de son rapport :

Messieurs,

Le rôle de votre secrétaire général est de retracer devant vous l'histoire de la session que nous venons de clôturer ce soir.

Mais vous n'ignorez pas, mes chers confrères, que l'histoire comporte toujours un enseignement et qu'il ne serait pas sage de n'en pas savoir profiter. Aussi, ce rapport fera-t-il l'objet de questions diverses, auxquelles je vous prierai de vouloir bien apporter une attention aussi soutenue que durable.

Examinons tout d'abord si nous avons lieu de nous réjouir et de constater que le mouvement ininterrompu des manifestations intellectuelles de notre profession, que la Société d'Odontologie a pour but de provoquer, ne s'est pas ralenti dans sa marche progressive.

C'est d'ailleurs le premier des devoirs de votre secrétaire de vous rémémorer les formes que ces manifestations ont revêtues.

Dès notre première séance, nous avons eu la bonne fortune d'apporter une solution à l'une de ces questions que leur intérêt rend longtemps pendantes : je veux parler de « *l'opportunité de l'extraction symétrique de la dent de 6 ans* », question que son auteur, *M. Förberg*, de Stockholm, a traitée avec une grande compétence et à laquelle il a apporté une documentation lente et tenace sans laquelle la vraie science n'est pas.

Nous avons à ce sujet à remercier tout particulièrement M. Heïdé, qui s'est fait le porte-parole de son compatriote suédois en nous présentant sa communication.

Vous n'avez pas oublié, messieurs, à quelles profitables discussions celle-ci a donné lieu, discussions desquelles la solution dont je parlais à l'instant, la lumière, a enfin jailli.

D'un autre côté, dans le domaine de la thérapeutique, nous avons été particulièrement favorisés.

En thérapeutique spéciale, d'abord par la communication inaugurale de *M. Sauvez* sur « *l'emploi de l'extrait des*

capsules surrénales en art dentaire », question sur laquelle la thérapeutique a de grandes espérances à fonder; elle n'attend plus, pour les réaliser, que la mise au point, dans la pratique, du mode d'emploi de cette médication.

A ses *considérations sur le traitement de la carie du 4e degré simple et compliquée d'abcès alvéolaire,* notre distingué président, *M. le Dr Roy*, a de nouveau apporté cet esprit positif et de logique serrée qui nous rend toujours trop sympathique la justesse de son jugement.

M. Poinsot, avec ses notes sur *l'application de l'air chaud en art dentaire,* nous a rappelé ses infatigables qualités d'observation.

La thérapeutique spéciale est encore représentée par une communication de *M. Catton* sur *un nouveau médicament : l'iodo-soufre* et par une *note sur le traitement de la pyorrhée alvéolaire de M. Boyadjeff.*

Dans un domaine plus étendu de la thérapeutique nous avons bénéficié de l'intéressante conférence de *M. le Dr Mahu* sur l'application de l'air chaud en rhinologie; nous adressons à son auteur nos vœux de bienvenue et les remerciements de la Société.

Nous avons pu apprécier également les bons résultats de *l'action de la lumière chimique froide* sur deux malades lupiques traités de la sorte et présentés par *M. le Dr Foveau de Courmelles.* Et nous n'hésitons pas personnellement à envisager avec espoir les conséquences de cette thérapeutique appliquée à l'art dentaire en particulier et tout spécialement au traitement de la pyorrhée alvéolaire.

En prothèse, les travaux de notre remarquable confrère *Delair en prothèse bucco-faciale et vélo-palatine, avec expériences orthologiques et présentations de sujets,* ont justement valu à leur auteur des félicitations trop méritées et trop émues pour qu'il soit nécessaire d'insister sur la valeur incontestée de ces présentations, dont nous avons le droit de nous enorgueillir.

M. Poinsot, avec un *moyen nouveau pour obtenir le*

moulage des bouches, arrive par la galvanoplastie à réaliser des moulages parfaits.

M. Martinier présente une vis de redressement à pression continue et susceptible d'être réglée.

Dans le domaine de la pathologie, deux observations intéressantes nous ont été présentées par *M. le Dr Roy*, l'une sur *un cas de fracture du maxillaire inférieur*, l'autre sur un cas de *tumeur diffuse des maxillaires chez une enfant de quatre ans*.

M. le Dr Pinet, avec sa compétence autorisée, a abordé la question de l'anesthésie « *à propos du chloroforme* » en y joignant des conseils de prudence, que les événements justifient chaque jour.

Enfin, messieurs, une autre science qui a droit à toute notre sollicitude, puisqu'elle résume toutes les autres, a été dignement représentée dans cette session, c'est celle de l'enseignement. Deux communications s'y rapportent dans différents ordres d'idées : l'une de *M. le Dr Pont*, de Lyon, *sur l'utilité de la photographie stéréoscopique en art dentaire*, utile, en effet, et originale ; l'autre de *M. Papot*, administrateur-gérant de l'École dentaire de Paris : *présentation d'un tableau des heures consacrées à l'enseignement à l'École dentaire de Paris*.

Cette dernière présentation, sous sa forme concise, vous a donné le résultat d'un travail considérable et de longue haleine. Mais de plus et surtout ce tableau a une importance qui ne saurait échapper à aucun de ceux qui s'occupent d'enseignement : il représente en somme la base de toute discussion sur les questions de ce genre. Et cette présentation fait le plus grand honneur aux qualités administratives de notre distingué confrère.

Parmi les *présentations d'appareils* qui nous ont été faites il faut noter :

Un stérilisateur de *M. Arnold*.

Un ingénieux appareil pour conserver l'alcool absolu, de *M. Poinsot*, qui a présenté également *un appareil mobilisateur de racines*.

Une lampe électrique Küsgen, présentée par la maison Tournayre et Lamperhoff.

Divers *dons* ont été généreusement offerts à l'École, notamment de remarquables appareils de prothèse vélo-palatine par *M. Delair.*

Une pièce en cire coloriée représentant un kyste uniloculaire par *M. Blatter.*

Un appareil fantôme par *M. Sauvez.*

Un stérilisateur par *M. Arnold.*

Je crois devoir, au nom de tous les sociétaires, remercier les généreux donateurs.

L'histoire de cette session ne serait pas complète d'autre part, si elle ne signalait pas la satisfaction qu'a obtenue M. Choquet dans un différend scientifique avec M. Mendel-Joseph et au sujet duquel la Société avait été consultée.

Dans le domaine *pratique* maintenant, nous avons tous souvenir des nombreuses et intéressantes *démonstrations* faites à l'École dentaire de Paris à l'occasion de l'assemblée générale de la F. D. N. dans la séance offerte le 25 mai par la Société d'Odontologie de Paris fraternellement unie à la Société odontologique de France, démonstrations pratiques dont l'abondance m'oblige à ne citer que leurs auteurs : MM. Siffre, Blatter, Rozenbaum, Roy, Amoëdo, Godon, Page, Hivert, Touvet-Fanton, Ducournau, Darin, Sauvez, Bourdallé, Martinier, Delair.

L'importance de ces démonstrations pratiques, qui sont le complément et la sanction tangible de nos discussions, ne saurait échapper à personne et c'est évidemment notre avis à tous que nous devons tendre à développer beaucoup ces manifestations scientifiques.

Mais, en même temps, cette séance du 25 mai constitue une autre forme de manifestation à laquelle je tiens à faire allusion en cette circonstance, pour lui rendre un hommage fervent : c'est celle de l'union professionnelle. Et je suis certain de trouver dans le cœur de chacun de vous, messieurs, et disons-le aussi, dans la raison, un écho sympathi-

que de l'enthousiasme sincère que je tiens à exprimer ici.

Enfin, au dehors, la Société d'Odontologie a été représentée dans les différentes réunions et cours professionnels qui ont eu lieu dans le courant de la session. *MM. Godon, Sauvez, Roy, Martinier* et *Heïdé* nous ont représentés soit à la *Fédération dentaire internationale*, soit à *l'American dental Society of Europe*, soit à la *Société des dentistes suédois à Stockholm. M. Heïdé* vous a donné le compte rendu des sessions de ces diverses sociétés dans notre dernière séance.

M. Masson vous a donné celui du congrès de la *Société Centrale des dentistes allemands* à Munich, auquel assistait notre président, le *Dr Roy*, délégué.

M. Delair vous a enfin rendu compte des travaux de la *Section d'Odontologie* au congrès de l'*Association française pour l'avancement des sciences*, réuni à Montauban, et vous a fait connaître la place honorable que nous y avons tenue et à laquelle ses communications ne sont pas étrangères.

Voilà, messieurs, la moisson que votre secrétaire général a eu la tâche sympathique de recueillir en cette session : si l'on songe aux entraves que les diverses autres formes de votre activité ont apportées à celle de la Société d'Odontologie : réunions professionnelles, vacances, absorption d'une partie de nos travaux par les différents congrès ; si l'on songe enfin que, pour toutes ces raisons, nous n'avons siégé que six fois, vous voyez que nous n'avons pas trop lieu de nous plaindre.

Mais, est-ce à dire que nous n'ayons plus rien à désirer et que le but de notre société, que je rappelais au début de ce rapport, soit *pleinement* atteint? Je ne le pense pas. Je parlais tout à l'heure de moisson satisfaisante; si l'on songe au peu d'incitation que nous déployons pour activer les énergies latentes du terrain qui la produit, quelle récolte féconde ne donnerait-il pas, si nous invitions ces énergies à s'extérioriser davantage, car, en toute société, tout mouvement stationnaire périclite, et c'est une grave faute que de gas-

piller des forces utiles ! Votre société prend trop d'importance aujourd'hui, messieurs, pour ne pas accentuer davantage encore son mouvement en avant en utilisant ces forces existantes.

C'est ce qui n'aurait su échapper à la vigilance des membres de votre bureau et ce qui l'a décidé à soumettre à la ratification de vos votes — ainsi que vous l'a communiqué notre président dans la séance du 18 novembre dernier — quelques modifications réformatrices dans le fonctionnement administratif de la société. Puisque nous les discuterons tout à l'heure en détail, qu'il me suffise de vous rappeler qu'elles portent particulièrement d'abord sur l'inutilité de couper l'année de travail par la période de vacances et par conséquent sur la nécessité de la faire coïncider avec l'année scolaire; puis sur un point beaucoup plus important : celui de donner au secrétaire général à venir des pouvoirs, je ne dirai pas perpétuels par esprit d'imitation, mais d'une durée de plusieurs années, afin que des fonctions qui sont de première importance, puisqu'il est chargé de centraliser les efforts de la société, ne lui échappent pas au moment où précisément il est bien familiarisé avec tous les rouages qu'il est nécessaire de connaître pour administrer avec intelligence et esprit de suite.

Voilà pour les modifications statutaires. Mais il en est d'autres dont s'est préoccupé plus particulièrement votre secrétaire général et qui lui paraissent avoir une importance également considérable ; ce sont celles qui intéressent le fonctionnement effectif, la méthode de travail de la société. Et elles peuvent être nombreuses, vous voudrez bien m'en excuser: les plus petites ont leur importance. N'est-il pas désirable par exemple que l'heure et la date de nos séances soient immuables et qu'elles ne concordent pas avec d'autres réunions professionnelles : commissions, etc., comme il arrive fréquemment ?

A propos des communications, nous pourrions demander à chaque auteur de joindre à l'envoi du titre un résumé succinct de la question, lequel serait adressé à nos membres

avec la feuille de convocation. Nous aurions ainsi le double avantage de n'être pas exposés à une communication « blanche » et surtout d'être préparés à une discussion d'autant plus fructueuse qu'elle serait réfléchie et documentée.

Nous devrions d'autre part tenir la main à ce que chaque communication faite fût remise dans la séance même, intégralement rédigée ; à défaut de cela l'auteur devrait s'incliner devant le compte rendu sténographique.

Tout cela en vue de la régularité administrative notamment de la publication des comptes rendus.

Les petites présentations qui se font sous la rubrique « Tribune ouverte » de notre ordre du jour sont souvent très intéressantes et leur place *à la fin* de la séance nous empêche quelquefois de leur accorder l'attention qu'elles méritent.

Il serait préférable dans ce cas de les renvoyer *au commencement* d'*une* séance postérieure lorsque leur nombre serait suffisant pour produire une série. Là encore un résumé de quelques lignes devrait accompagner chaque présentation.

D'autre part et pour répondre au but même de notre société, qui est de *vulgariser les connaissances acquises et de produire les faits nouveaux* (art. 1), ne pourrions-nous pas charger quelqu'un d'entre nous de fournir à chaque séance un compte rendu analytique de toutes les nouveautés importantes parues à l'étranger.

De plus, mettre à l'ordre du jour des questions dont l'intérêt est toujours en suspens ou bien les questions nouvelles : cela, à titre de recherches en commun, d'indications ; exemple actuel : infections gingivo-dentaires en rapport avec la pelade ; action de la lumière violette sur les affections inflammatoires (périostite, pyorrhée).

Quant à la question des démonstrations pratiques, nous en avons parlé ensemble il n'y a qu'un instant, et je n'insisterai pas sur l'utilité incontestable de rendre plus fréquentes les séances de ce genre.

Enfin, messieurs, ne vous semble-t-il pas que ce soit un devoir pour toute société d'exciter l'émulation de ses membres par tous les moyens. Or, nous en possédons un, très légitime d'ailleurs (il est même statutaire) et nous ne l'employons jamais ; je veux parler de la liberté que nous donnent nos statuts de décerner des prix.

J'insiste près de vous, mes chers confrères, avec toute l'énergie que peut donner la foi pour que vous usiez de ces salutaires prérogatives; et si ces prix n'existaient pas, je vous demanderais, en mon nom personnel, de les créer. Mais ce que je vous demanderai par exemple, c'est d'en supprimer la nature actuelle; de grâce pas de diplôme, pas de médaille ! Pourquoi ne créerions-nous pas un prix unique donné sous la forme pratique d'instruments professionnels par exemple, ou mieux sous la forme d'une modeste bourse de voyages ou d'études et qui serait décerné soit à une *séance plénière* de fin d'année de la société, soit à la distribution des récompenses de l'École dentaire ?

Excusez-moi, messieurs, de ces interminables litanies : cela prouve que dans la meilleure des sociétés il y a toujours matière à modifier. Et d'ailleurs les réformes et les règlements, s'ils facilitent le travail, ne le font pas éclore sans la bonne *volonté* de tous.

Aussi est-ce à celle-ci que « nous » faisons appel, car c'est en votre nom, Messieurs, que j'exprime cette opinion, qui est la vôtre également, n'est-ce pas?

Et ce n'est pas aux pionniers connus de notre science professionnelle que je m'adresse enfin, mais aux jeunes et aux timides. A ceux-là nous répétons encore qu'il n'y a pas que les grands travaux qui soient utiles et que les petites observations ont aussi leur valeur. Qu'ils ne craignent pas de nous les apporter: chaque cerveau a son idée utile comme tout champ sa plante nourricière. Ils progresseront d'ailleurs. Qui pourrait les retenir: négligence, apathie (car je n'ose dire paresse) ou timidité?

Nous leur dirons alors qu'il est coupable de garder ce qu'on a dans l'intelligence, que c'est le devoir envers la

société d'abord, la profession ensuite, envers soi-même enfin, que de chercher à s'extérioriser et qu'il suffit pour cela de vouloir et d'oser.

Mais nous leur dirons en outre *que c'est surtout leur intérêt:* le leur comme celui de tous d'ailleurs, mais surtout le leur, puisqu'ils sont les dentistes de l'avenir. Or, si nous voulons faire de notre art une profession libérale honorée à souhait, *à côté* de celles qui, lui touchant de près, pourraient tenter de l'absorber à leur profit, si nous voulons en faire une profession distincte, en un mot, il nous faut la rendre de plus en plus distinguée !

Et si les dentistes voulaient ! Ils sont la force par le nombre, ils sont la force par les connaissances réelles de leur spécialité ! Nous leur dirons donc: sachez vouloir ; souvenez-vous que l'inertie est souvent une cause d'atrophie. Si vous voulez exister, prouvez-le et faites quelque chose: sachez agir !

Or, rassurez-vous, mes chers confrères, cette politique que conçoit en ce moment votre secrétaire général n'est pas déplacée en cette arène de luttes pacifiques et convient au contraire à son rôle de trésorier zélé de vos « valeurs » intellectuelles, puisque ce grand mouvement stratégique et cette lutte active qu'il préconise peuvent se résumer d'un mot de paix : Messieurs, travaillons !

Ce rapport est adopté sans discussion.

IV. — Revision des statuts.

RÈGLEMENT INTÉRIEUR

I. — But de la Société.

Article Ier. — Il est institué par la Société de l'Ecole et du Dispensaire dentaires de Paris une réunion scientifique ayant pour but de vulgariser les connaissances acquises ayant rapport à l'art ou à la science dentaire, et de produire et discuter les faits nouveaux.

Cette Société n'est que la continuation de la Société scientifique fondée en novembre 1881 sous le nom d'Association scientifique de l'Ecole dentaire de Paris.

Art. II. — La Société prend le titre de Société d'Odontologie de Paris.

II. — Composition.

Art. III. — La Société se compose de tous les membres de la Société de l'Ecole et du Dispensaire dentaires de Paris.

Peut être nommé membre honoraire, sur la proposition du bureau, tout ancien membre de la Société ou toute personne étrangère qui, par la nature de ses travaux, des dons ou actes quelconques, a rendu à la Société des services spéciaux.

III. — Administration.

Art. IV. — La Société est administrée, en outre de deux délégués du Conseil de direction de l'Ecole, par un bureau pris dans son sein, nommé par elle, et qui est chargé de sa direction scientifique.

Les articles I, II, III, IV sont adoptés sans discussion.

Art. V. — Le bureau est composé de cinq membres, savoir :

Un président, deux vice-présidents, un secrétaire général, un secrétaire adjoint.

Le président est chargé de présider les séances, de diriger les débats, de recevoir les communications et d'apposer sa signature sur toutes pièces importantes de la Société. L'un des deux vice-présidents assiste le président et le supplée lorsqu'il est empêché.

Le secrétaire général prépare les séances de la Société, se charge de la correspondance, reçoit et vérifie tout ce qui doit être publié, veille à l'exécution du règlement et des décisions de la Société et fait les convocations. Il est également chargé de la rédaction des procès-verbaux. Le secrétaire des séances assiste et remplace le secrétaire général lorsque celui-ci est empêché.

Une proposition de *M. Touvet-Fanton*, relative à la suppression d'un des 2 vice-présidents n'est pas adoptée.

Une autre proposition du même auteur, tendant à l'admission du secrétaire général dans le comité de rédaction du journal *L'Odontologie*, n'est pas admise, après une observation de *M. d'Argent*, déclarant que la Société n'a pas qualité pour imposer un de ses membres à la société du journal.

M. Gillard demande que ce soit le président qui soit chargé de l'application du règlement.

M. Martinier fait remarquer qu'un secrétaire général, élu pour 3 ans, connaîtra mieux le fonctionnement et le règlement de la Société que le président, dont la fonction ne dure qu'un an.

Après ces observations, l'article V est adopté.

Art. VI. — Les membres du bureau (sauf le secrétaire général) sont nommés tous les ans à l'assemblée générale à la majorité des membres présents.

Le bureau se met en rapports avec la Commission d'administration nommée par le Conseil de direction pour toutes les dépenses intérieures de la Société, qui sont soumises à l'approbation du Conseil.

Art. VII. — Le président ne peut être élu deux années consécutives. Le secrétaire général est élu pour trois ans et rééligible.

IV. — Assemblées mensuelles.

Art. VIII. — La Société se réunit le premier mardi de chaque mois, sur convocation spéciale adressée à tous les membres et contenant l'ordre du jour.

Art. IX. — Le bureau arrête, avant la séance, l'ordre et le nombre des communications qui pourront être faites.

Les communications doivent être soumises au bureau au moins huit jours à l'avance.

Art. X. — Les travaux des séances mensuelles se composent de la lecture du procès-verbal de la séance précédente, de la correspondance, des rapports des commissions, des observations, mémoires, ouvrages des membres de la Société, ou adressés à la Société, de la présentation ou de la démonstration d'objets matériels, etc.

Art. XI. — Les travaux des personnes étrangères à la Société peuvent être présentés et lus soit par l'auteur, soit par un membre de la Société.

Le dimanche suivant le jour de la séance mensuelle peut avoir lieu une séance clinique de la Société d'Odontologie, où il est fait des démonstrations pratiques.

L'ordre du jour de cette clinique est porté sur les convocations.

Les personnes étrangères à la Société peuvent assister aux séances sous la responsabilité d'un membre qui les présente au bureau ou aux membres du bureau présents.

Art. XII. — Les membres titulaires et honoraires de la Société peuvent seuls prendre part aux votes.

V. — Assemblée générale.

Art. XIII. — Tous les ans, à la séance de juillet, le secrétaire général fait, au nom du bureau, un rapport sur sa gestion et sur l'ensemble des travaux de l'année écoulée.

Il est, dans cette même assemblée générale, procédé au renouvellement du bureau.

Art. XIV. — La Société d'Odontologie peut décerner en assemblée générale sur la proposition du bureau :

1° Un prix au travail ou à la découverte faite dans les cinq dernières années et qui aura le plus contribué à l'avancement de la science ou de la pratique professionnelle ;

2° Un prix au dentiste français qui aura, dans l'année, par un travail scientifique ou une découverte, le plus contribué à l'avancement de la science ou de la pratique professionnelle ;

Les prix de la Société d'Odontologie consistent en une médaille de vermeil et un diplôme spécial ; ils sont remis aux lauréats à la séance de distribution des prix de l'Ecole dentaire.

VI. — Radiations.

Art. XV. — La Société se réserve le droit de prononcer la radiation d'un membre indigne. L'exclusion est prononcée après enquête, sur le rapport d'une commission spéciale composée de cinq membres, dont les conclusions sont adoptées ou rejetées par un vote sans discussion et au scrutin secret.

Art. XVI. — Tout membre radié de l'Ecole et du Dispensaire dentaires de Paris est *ipso facto* radié de la Société d'Odontologie de Paris et réciproquement.

VII. — Publications.

Art. XVII. — Un exemplaire de chaque communication doit être déposé sur le bureau de la Société d'Odontologie le jour même de la séance. Le secrétaire général revoit, vérifie et classe tout ce qui doit être publié par le journal *L'Odontologie*.

VIII. — Dispositions générales.

Art. XVIII. — En cas d'insuffisance du présent règlement intérieur, il y sera

pourvu par une délibération expresse de la Société après un rapport d'une commission spéciale discuté à la séance suivante.

Les articles VI à XVIII sont adoptés.

V. — Renouvellement du bureau.

M. Roy. — Il va être procédé aux élections pour la nomination d'un président, de deux vice-présidents et d'un secrétaire-adjoint, élus pour 1 an, et d'un secrétaire général élu pour 3 ans.

Le scrutin donne les résultats suivants :

Nombre des votants : 27.

Majorité absolue : 14.

Pour la présidence, ont obtenu :

MM. Choquet....... 19 voix, élu.
Loup.......... 3 »
Delair......... 2 »

MM. Ménétrier, Friteau, Roy, chacun 1 voix.

Pour la vice-présidence, ont obtenu :

MM. Loup............. 19 voix, } élus.
Touvet-Fanton..... 17 » } élus.
Delair............ 6 »
Roy.............. 3 »

Mendel-Joseph et Choquet, chacun 1 voix.

Pour le secrétariat général, ont obtenu :

MM. Friteau........ 23 voix, élu.
Touvet-Fanton. 2 »
Blatter, Siffre, chacun 1 voix.

Pour le secrétaire-adjoint, ont obtenu :

MM. Blatter......... 19 voix, élu.
de Croës....... 5 »
Meng.......... 2 »
Touvet-Fanton.. 1 »

M. Roy. — En conséquence de ces votes, M. Choquet est élu président pour 1 an, MM. Loup et Touvet-Fanton sont élus vice-présidents pour 1 an, M. Friteau est élu secrétaire général pour 3 ans et M. Blatter est élu secrétaire adjoint pour 1 an.

La séance est levée à minuit.

Le Secrétaire général,
Dr Friteau.

Séance du 6 janvier 1903.

Présidence de M. Choquet.

La séance est ouverte à 8 heures 1/2 précises.

45 membres sont présents.

M. Choquet donne aussitôt la parole au président sortant, M. Roy, qui, après avoir fait adopter le procès-verbal de la séance du mois de novembre, donne lecture d'une lettre du Dr Foveau de Courmelles, faisant part à la Société de la mort de sa femme. Une adresse de condoléances est votée : le secrétaire général est chargé de la faire parvenir au Dr Foveau de Courmelles.

I. — Allocution de M. Roy.

M. Roy prend ensuite la parole et prononce l'allocution suivante :

Messieurs,

Je ne veux pas quitter les fonctions présidentielles sans vous remercier encore une fois du grand honneur que vous m'avez fait l'année dernière en m'appelant à présider les travaux de la première société professionnelle française.

Je tiens, en clôturant les travaux de cette session, à remercier aussi les auteurs de communications qui ont bien voulu venir durant l'année nous soumettre le fruit de leurs travaux. Je remercie en particulier les membres étrangers à notre profession, MM. Foveau de Courmelles et Mahu, qui sont venus nous entretenir des particularités de leur pratique intéressantes pour les dentistes.

Nous devons enfin des remerciements aussi à ceux d'entre vous, Messieurs, qui ont pris part aux diverses discussions qui ont eu lieu à nos séances. Ces discussions rendent encore plus profitables les communications qui nous sont faites en les soumettant au crible de la critique et en nous donnant des débats aussi intéressants que celui concernant la discussion de la communication de notre excellent confrère M. Förberg, de Stockholm, sur la dent de six ans.

Notre secrétaire général vous a exposé la liste des travaux de l'année et vous avez pu voir que cela constitue un ensemble très satisfaisant.

Je vous signale tout particulièrement la séance de démonstrations pratiques qui a eu lieu le 25 mai à l'occasion de la réunion à Paris de la F. D. N. Cette réunion a été organisée de concert avec la *Société odontologique de France* et vous avez vu combien elle a été remarquable par le nombre et la valeur des présentations.

Nous devons nous efforcer de développer le plus possible des réunions semblables et chercher à créer en France des organisations aussi prospères que celles existant dans plusieurs pays étrangers comme la *British Dental Association*, par laquelle plusieurs d'entre nous avaient le plaisir d'être reçus il y a deux ans à Londres et la *Central Verein deutscher Zahnärtze*, qui nous avait fait l'honneur de nous inviter au mois d'août dernier à Munich.

Nous devons avoir des organisations semblables surtout quant au nombre des membres, car, en ce qui concerne les communications et les démonstrations, nous ne sommes pas en peine de remplir les séances de nos réunions professionnelles. Mais, à ces réunions, il ne vient relativement que très peu de membres, en dehors des auteurs de communications qui communiquent en quelque sorte entre eux.

Dans les associations étrangères dont je vous parlais les assistants sont beaucoup plus nombreux que dans nos réunions analogues. C'est ainsi qu'à la réunion de Munich où je me trouvais au mois d'août on comptait deux cents membres et que la B. D. A. réunissait en 1901 à Londres six cents membres sur douze cents qu'elle compte.

Il faut, comme ces Sociétés, avoir des réunions annuelles et à ces réunions il faut attirer de nombreux confrères. Nous manquerions à notre tâche si nous ne mettions pas tout en œuvre pour atteindre ce but. Il est certain que l'attrait de démonstrations pratiques intéressantes peut grandement contribuer à obtenir ce résultat. Il faut inviter à ces réunions des confrères étrangers ainsi que le font les sociétés étrangères pour établir cette bonne entente internationale si utile aux progrès de notre art ; mais il faut que ces confrères trouvent à ces réunions une nombreuse assis-

tance et qu'ils emportent de leur visite une aussi bonne impression que les Français qui ont assisté aux réunions étrangères dont je vous parlais.

C'est là la mission de votre prochain bureau, qui devra préparer notamment la partie scientifique de la réunion que doit tenir au mois d'avril la F. D. N. Je suis sûr que le bureau que vous avez choisi mènera à bonne fin cette tâche importante.

Pour atteindre ce but, pour donner également à la Société d'Odontologie une direction plus suivie, nous avons pensé qu'il était nécessaire de modifier un peu les statuts de cette Société pour les mettre plus en harmonie avec la marche de notre groupement.

Nous avons été frappé de certains inconvénients résultant du renouvellement complet du bureau à chaque session, ce qui nuisait à l'unité de direction de la Société. C'est pourquoi j'ai proposé au Bureau sortant de créer la pérennité du poste de secrétaire général.

Cette proposition a été adoptée par lui et j'ai été heureux de vous la voir ratifier.

J'espère beaucoup de cette nouvelle organisation pour laquelle vous avez porté au poste de secrétaire général un de nos confrères particulièrement actif, qui s'acquittera certainement au mieux de cette nouvelle fonction.

Je serai très heureux si, dans mon passage à la présidence, j'ai pu apporter, par cette petite réforme, une amélioration dans le fonctionnement de cette société qui nous est si chère à tous.

Mais je m'attarde je ne veux pas abuser plus longtemps de vos instants ; j'ai hâte de céder la présidence à mon successeur, mon ami M. Choquet, auquel je suis heureux de souhaiter en votre nom une cordiale bienvenue. Et c'est en adressant mes meilleurs vœux de prospérité à la Société d'Odontologie de Paris que je quitte cette présidence à laquelle je vous remercie encore de m'avoir porté et qui restera certainement un des meilleurs souvenirs de ma vie professionnelle.

Des applaudissements unanimes accueillent le discours de M. Roy.

M. Choquet. — Le procès-verbal de la séance de décembre n'ayant pas encore été publié, je prie la Société de reporter sa mise aux voix à la séance de février. *(Adopté.)* Dorénavant le procès-verbal sera régulièrement publié.

II. — ALLOCUTION DE M. CHOQUET.

M. Choquet prononce alors le discours suivant, dont les principaux passages sont soulignés de vives approbations :

Messieurs et chers collègues,

Appelé par vos suffrages à la présidence de la Société d'Odontologie pour l'année 1903, permettez-moi, au nom du bureau et au mien, de vous remercier bien sincèrement de l'honneur que vous nous avez fait.

Vous pouvez être assurés, messieurs et chers confrères, que le bureau que vous avez nommé, tant qu'il sera en fonctions, aura à cœur de maintenir haut et ferme le drapeau de la Société d'Odontologie, prenant comme ligne de conduite la devise de notre Association: Union, Progrès.

Avec ces deux mots comme but, nous serons à même de prouver que les dentistes ne sont pas quantité négligeable, loin de là. Ce sont de simples dentistes qui par leur union ont fondé la première école dentaire française.

Il appartient à ces mêmes dentistes, ouvriers de la première heure, de prouver que par leur union, par leurs observations personnelles, leurs recherches dans une branche ou dans une autre de la dentisterie, ils ont réalisé des progrès constants. Il vous appartient donc, messieurs, de nous faciliter notre tâche. C'est à vous qu'il appartient de poursuivre la marche en avant de notre Société d'Odontologie. Aussi mes collègues du bureau et moi faisons-nous appel à votre bonne volonté. Une communication, si petite soit-elle, peut présenter de l'intérêt. Un fait clinique paraissant de prime abord insignifiant peut renfermer des déductions très grandes. Que chacun de vous nous apporte donc une note, une observation, une amélioration dans nos procédés opératoires. Que chacun en un mot apporte son petit grain de

sable à l'édification du monument que nos devanciers ont commencé et, à la longue, l'accumulation de ces petits grains de sable finira par former un tout tellement compact qu'il sera impossible de le désagréger.

Que non seulement vos communications soient présentées à cette Société, mais encore en dehors de celle-ci.

Vous savez tous que, grâce à la ténacité si connue d'un des nôtres, l'Association française pour l'avancement des sciences a créé une sous-section d'odontologie. Deux sessions ont déjà eu lieu, une à Ajaccio, l'autre à Montauban et dans chacune de celle-ci nombreuses et importantes ont été les communications.

Cette année-ci, la 3e session aura lieu à Angers. Nous vous y donnons rendez-vous. De même je dois vous signaler la grande réunion devant avoir lieu à Madrid au mois d'avril. Faisons de l'exportation scientifique. Ceux qui iront là-bas en seront largement récompensés et par le voyage qu'ils feront et surtout par la réception grandiose, si confraternelle, si amicale que nos confrères espagnols nous réservent.

Le confrère français est très aimé en Espagne, messieurs, et certaines indiscrétions me permettent de vous affirmer officieusement que la réception qui vous attend sera plus que chaleureuse.

Que ceux d'entre vous qui n'ont pas encore envoyé leur adhésion le fassent donc le plus rapidement possible de façon à pouvoir bénéficier de la réduction de 50 o/o accordée par les chemins de fer français et espagnols.

La F. D. I. elle-même aura une réunion à Madrid et la F. D. N. une session à Paris quelques jours avant le départ pour l'Espagne. La Société d'odontologie en profitera pour montrer aux confrères étrangers quelle est notre force.

Nous comptons donc sur chacun de vous dans ces multiples circonstances.

Et maintenant, messieurs, un mot encore. Qu'il me soit permis d'adresser à mon prédécesseur, mon excellent confrère et ami le Dr Roy, l'assurance de toute ma sympathie.

Laissez-moi remercier à l'avance mes excellents collaborateurs du bureau de l'appui qu'ils me prêtent et qu'ils continueront à me prêter, j'en suis convaincu, surtout votre secrétaire général, le Dr Friteau, qui a pris son rôle tout à fait à cœur.

Et pour vous, messieurs, acceptez encore une fois mes remerciements les plus sincères, pour l'honneur que vous m'avez fait en me désignant pour présider vos séances. Cela me prouve plus que jamais que vous avez confiance en moi et cette confiance, soyez-en assurés, je la mériterai.

III. — Procédé de rétention des appareils a plaque : système de succion simple, par M. Touvet-Fanton.

M. Touvet-Fanton donne lecture de sa communication qui a été publiée dans le journal *L'Odontologie*, n° du 15 janvier 1903, p. 15.

Discussion.

M. Delair. — Je serais heureux d'être éclairé sur les points suivants : l'adhérence au palais est-elle immédiate ? Combien de temps cette adhérence dure-t-elle ? Est-ce que les dimensions de la plaque de caoutchouc mou ont une grande importance ?

M. Touvet-Fanton. — Pour vous prouver que l'adhérence se fait immédiatement, j'ai construit pour ma bouche (elle possède encore toutes ses dents !) une plaque en vulcanite avec la dite succion. Je la mettrai devant vous et vous constaterez que l'adhérence se fait aussitôt. — Quant à la persistance de cette adhérence, j'ai d'excellents résultats chez des malades qui portent des appareils avec ce système de succion depuis de longs mois : les plaques adhérent au palais d'une façon parfaite. Je ne crois pas, d'autre part, que les dimensions du caoutchouc mou jouent un grand rôle : certains de mes malades ont de très petites bandes de caoutchouc mou vulcanisé autour d'une succion creuse ordinaire ; d'autres ont de larges plaques de ce caoutchouc : dans tous les cas, l'adhérence est parfaite.

M. Roy. — Nous savons tous combien il est difficile de faire tenir des appareils à plaque sur les palais plats, surtout lorsque, à côté de parties molles et dépressibles, le palais a des parties dures et résistantes qui s'opposent à l'*enfoncement* de l'appareil dans la muqueuse. Dans ces cas on a conseillé de recharger le modèle avec du plâtre sur les parties dures pour contrebalancer la résistance inégale du palais. Ce procédé ne m'a pas donné de bons résultats parce qu'il est difficile de calculer l'épaisseur du plâtre à appliquer. J'ai donc eu

l'idée de remplacer le plâtre par du plomb laminé, analogue à celui dont nous nous servons pour façonner les *patrons* de nos plaques de métal. Je délimite, aussi nettement que possible, sur le modèle les zônes les plus dures du palais et j'applique sur ces zônes du plomb laminé reproduisant leur configuration. La cire est ensuite faite et le tout est cuit sur le modèle. Après la cuisson on enlève le plomb, comme s'il s'agissait d'une chambre à air. Ce procédé m'a donné d'excellents résultats.

M. Viau. — Est-ce que M. Touvet a des préférences pour une forme quelconque de succion ? Pour ma part, cette question de forme a une importance relative : cependant la forme ronde est celle que j'emploie le plus fréquemment.

M. Touvet-Fanton. — J'ai construit des succions de toutes formes : ronde, ovale, en cœur, etc., et j'ai obtenu à peu près les mêmes effets. Je pense que le caoutchouc mou vulcanisé, dont je préconise l'emploi, donne l'adhérence immédiate ; dès les premières heures, la plaque palatine ne tient que par le seul contact de ce caoutchouc avec la muqueuse. Plus tard l'adhérence est générale, et toute la plaque tient au palais comme dans les appareils ordinaires.

M. Gillard. — La communication de M. Touvet-Fanton remet en discussion la question très intéressante des succions. Avec une succion creuse, deux cas peuvent se présenter : ou bien la muqueuse descend et se moule dans la cavité de la succion ; ou bien la muqueuse reste indépendante de la cavité et conserve sa forme primitive, suivant que le vide se fait ou ne se fait pas dans la cavité de la succion. Ce qui me paraît différencier les succions actuellement en usage de celle de M. Touvet-Fanton, c'est que dans les succions anciennes le pourtour de la cavité est en caoutchouc dur, tandis que, dans celle-ci, le pourtour est en caoutchouc mou qui, bien que vulcanisé, conserve une certaine élasticité et une notable souplesse.

M. Touvet-Fanton. — Au début de mes essais, sur certains appareils, j'ai tapissé le fond d'une succion creuse ordinaire de caoutchouc mou et j'ai obtenu une parfaite adhérence immédiate. Plus tard, je me suis contenté d'entourer les bords de la succion avec des bandes de caoutchouc mou vulcanisé : le résultat n'a pas été moins bon. Il m'arrive maintenant de supprimer dans certains cas toute cavité de succion : je me contente d'adapter à la face palatine de la plaque-base une mince surface de caoutchouc mou de dimensions variables, que je vulcanise avec l'appareil entier : les résultats sont toujours excellents.

M. Martinier. — Nous avons constaté dans la bouche de M. Touvet-Fanton une adhérence parfaite et immédiate. Mais ne pourrait-on pas soutenir que cette adhérence est due autant à la succion qu'à la présence de toutes les dents dans la bouche de notre confrère. Pour avoir une démonstration plus nette, je désirerais voir employer cette

méthode sur un palais plat, dépourvu de dents. Il y aurait mieux à faire encore pour juger la valeur de la succion en caoutchouc mou : il faudrait construire sur le même palais un appareil avec la succion Touvet, et un autre avec les procédés ordinaires ; nous aurions ainsi d'excellents éléments de comparaison et nous pourrions conclure en complète connaissance de cause.

M. Touvet-Fanton. — J'accepte la proposition de M. Martinier et je ferai volontiers à notre réunion du dimanche 8 février la démonstration de ma méthode sur un malade quelconque pris dans l'un des services de l'Ecole. Je pense que l'un de mes confrères voudra bien construire un autre appareil sur le même malade avec les procédés habituels ; chacun de vous pourra alors conclure.

M. Lemerle. — La communication de M. Touvet-Fanton me remet en mémoire le cas d'un malade porteur d'un appareil à succion, qui, malgré toutes mes tentatives, ne pouvait adhérer au palais. Un jour, ce malade eut l'idée de découper une ou deux rondelles de papier à cigarettes et de les placer dans la cavité de la succion : la rétention fut immédiate. Je ne vous recommande pas ce procédé, car le papier, comme moyen d'adhérence, n'est guère aseptique ; je le signale seulement pour montrer combien il faut souvent peu de chose pour obtenir une bonne adhérence.

M. Roy. — Je regrette vivement l'absence de M. Prevel qui m'a parlé, à l'une des séances précédentes, d'un appareil dont la face palatine est entièrement recouverte de caoutchouc mou, appareil dont il vantait les effets.

M. Godon. — L'idée de M. Touvet-Fanton n'est pas sans me séduire. Toutefois, je voudrais connaître l'état de la muqueuse après un contact prolongé avec le caoutchouc mou.

M. Touvet-Fanton. — La muqueuse n'offre aucune particularité intéressante : elle n'est ni irritée ni enflammée, elle porte seulement la trace de la démarcation entre le caoutchouc mou et le caoutchouc dur.

M. Martinier. — En principe, je ne suis pas partisan des succions. Avec une bonne empreinte au plâtre, avec une excellente articulation, la rétention est toujours parfaite.

M. Godon. — Je confirme ce que vient de dire M. Martinier à propos de la nécessité d'une prise d'articulation parfaite : beaucoup d'appareils ne tiennent pas parce qu'ils sont mal articulés : nous en avons tous vu des exemples.

M. Bonnard. — Je viens d'examiner les nombreux spécimens que M. Touvet-Fanton a fait passer sous nos yeux : ils me paraissent bien compris. Je désirerais savoir si notre confrère a un procédé spécial pour vulcaniser le caoutchouc mou de sa succion.

M. Touvet-Fanton. — Je n'ai aucun procédé spécial : ma succion

en caoutchouc mou est vulcanisée avec tout l'appareil, à la température ordinaire et durant le temps habituel.

M. Choquet remercie M. Touvet-Fanton de son intéressante communication, dont la valeur pourra être mieux appréciée par la démonstration promise pour février.

IV. — Nouvelle pharmacie, par M. Lemerle.

M. Lemerle. — Notre ami M. Schwartz, de Nîmes, président de la Société du Sud-Est, empêché à son grand regret de venir à Paris en ce moment, a bien voulu me charger de vous présenter une nouvelle pharmacie dentaire.

En 1900, elle a déjà eu les honneurs d'une présentation au Congrès ; devant l'encouragement et sur l'invitation d'un grand nombre de ses confrères, M. Schwartz s'est décidé à la mettre dans le commerce, mais avant, il désire la présenter à la Société d'Odontologie.

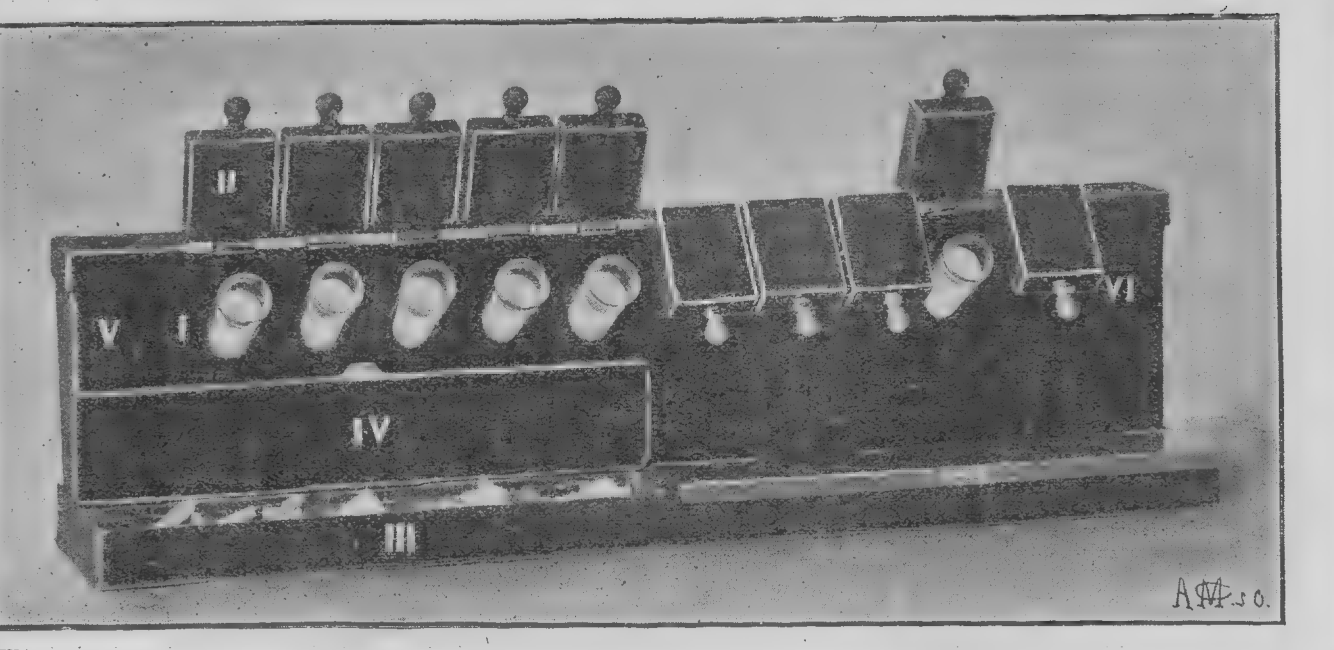
Cette pharmacie réunit sous un volume assez restreint et à la portée de la main, tous les médicaments liquides ou solides d'un usage journalier en thérapeutique dentaire.

Les flacons se présentent à la main de l'opérateur dans une position inclinée à 45° environ, ce qui permet de prendre facilement les médicaments ou la poudre voulus, soit avec un instrument muni d'un coton, soit avec une spatule sans avoir à toucher le dit flacon, que vous rebouchez immédiatement et facilement au moyen des obturateurs à ressort, caoutchoutés.

Comme vous voyez, ce mode opératoire supprime toute tache ou tout maculage des doigts.

Les flacons sont toujours propres et nous ne verrons plus cette collerette de poussière qui se dépose journellement autour du goulot.

Cette pharmacie dentaire se compose de dix tubes flacons I, fixés obliquement, bouchés par des couvercles caoutchoutés à leur intérieur II et pourvus d'un ressort qui assure une fermeture hermétique et constante. Chaque opérateur peut faire graver le nom de ses produits sur les couvercles.



A. Côté ouvert.

B. Côté fermé.

D'autre part, au-dessous de ces flacons, se trouve une rangée de godets en verre de différentes couleurs III, groupés dans deux compartiments fermés par des couvercles à charnières, avec rebords empêchant tout accès de la poussière IV. En outre, ce petit meuble est pourvu latéralement à droite et à gauche de la rangée des tubes de deux compartiments en métal servant, l'un à loger le coton propre V, l'autre IV, les cotons employés, provenant de pansements, qui sont reçus dans un tube en verre facile à dégager.

On apprécie vite par l'usage la commodité et les avantages de cette pharmacie dentaire, qui se fixe sur le côté de la tablette au moyen de deux vis ; elle peut également se fixer sur la tablette au gré de l'opérateur.

En un mot on peut résumer les avantages de cette pharmacie de la façon suivante :

Commodité. — Fixée sur l'un des côtés de la tablette, elle est à la portée de la main et de l'instrument porteur du pansement, sans que l'opérateur ait à changer de place. Elle peut aussi être fixée contre le mur ou sur un meuble.

Rapidité. — Plus de flacons à chercher dans le meuble dentaire, qui est plus ou moins à proximité, plus de flacon à prendre en main pour le déboucher, le reboucher et à remettre en place.

Propreté. — Plus de flacons à toucher, plus de doigts maculés par les liquides, plus de flacons tachés, à goulots et bouchons empâtés et souvent envahis par des filaments de coton ; plus d'étiquettes malpropres, plus de flacons renversés sur la tablette ou sur les vêtements des malades ou de l'opérateur.

Économie. — Plus de flacons cassés, plus de liquide perdu ou de poudre renversée qu'il faut renouveler.

Précision. — Grâce à l'obliquité des tubes-flacons contenant les médicaments liquides, on peut imbiber avec une précision absolue les cotons à pansement et ne plus prendre un médicament en excès. Le nom, gravé sur chaque couvercle, affirme le produit, d'où impossibilité de se tromper.

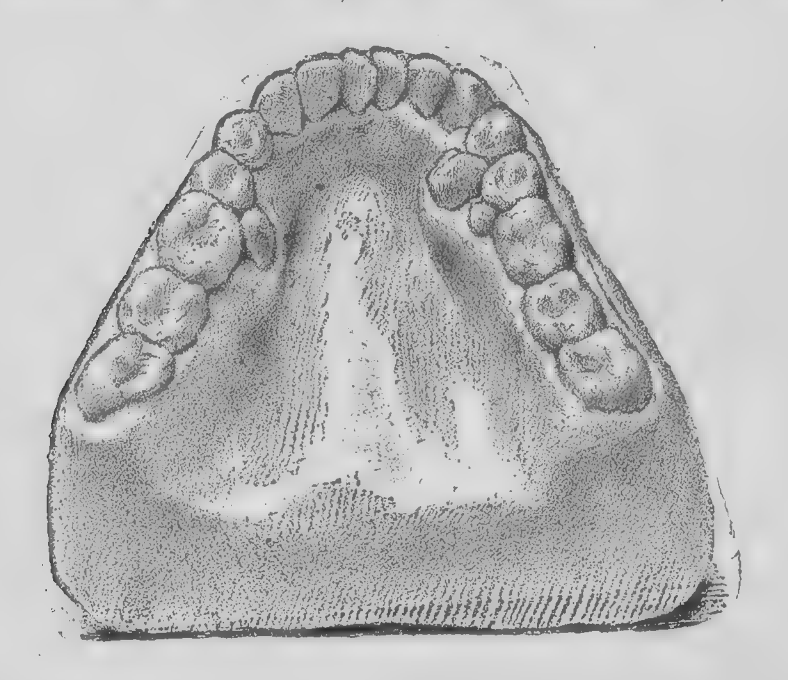
Plus d'évaporation. — La fermeture des tubes-flacons

étant hermétique, grâce à la pression d'un ressort et du couvercle caoutchouté, il n'y a plus d'évaporation possible.

V. — Dents surnuméraires : anomalies de nombre, par M. Laurent.

M. Laurent. — M. X..., 27 ans, se présente pour soins buccaux divers, n'offrant aucun intérêt spécial.

A l'examen de la bouche, je suis frappé de la disposition de son maxillaire inférieur ; aucune dent ne fait défaut ; toutes



sont placées normalement ; mais l'on constate trois dents surnuméraires évoluées à la face interne de l'arcade dentaire, deux à droite dont une prémolaire bien constituée, et une à gauche ; cette dernière est atrophiée comme en général cela se remarque dans les dents surnuméraires. C'est donc une anomalie d'éruption qui peut être mise sur le compte d'une division exagérée de la lame épithéliale ayant pour résultat la formation de plusieurs follicules ayant suivi la marche des follicules normaux. Cette anomalie est remarquable par le grand nombre de dents surnuméraires, et ce

fait méritait d'être signalé. Je joins à cette observation un moulage pour le musée de l'École dentaire de Paris.

M. Laurent dépose son modèle sur le bureau de la Société pour en faire hommage au Musée de l'Ecole. *M. Choquet* remercie M. Laurent de son don et de sa communication.

VI. — L'ARTICULATION DENTAIRE, PAR M. CHOQUET.

M. Loup, vice-président, remplace au fauteuil présidentiel *M. Choquet* qui donne lecture d'une longue et intéressante communication dont la publication sera faite ultérieurement. Après la lecture de son travail, *M. Choquet* présente de nombreuses photographies avec projections lumineuses, et explique comment ces photographies viennent à l'appui de sa théorie.

MM. Godon et *Roy* disent alors quelques mots sur la communication de M. Choquet et, sur leur proposition, la discussion de ce très important travail est reportée à la séance de mars, après sa publication dans le journal *L'Odontologie.*

VII. — DÉSIGNATION DE DÉLÉGUÉS AU CONGRÈS DE MADRID.

M. Choquet reprend la présidence.

M. Godon. — Nous avons reçu du comité d'organisation du XIVe Congrès de médecine une requête tendant à la constitution d'un comité de propagande pour la section XII, et la Fédération dentaire nationale a adressé à cet effet une lettre aux diverses sociétés françaises, fédérées ou non, les invitant à désigner des délégués pour former ce comité.

M. Choquet donne lecture de cette lettre publiée dans *L'Odontologie* du 15 janvier 1903, page 35.

M. Sauvez propose à l'assemblée de désigner ces délégués.

M. Godon est d'avis de choisir le bureau de la Société.

M. Choquet déclare que le bureau va se réunir prochainement et qu'il désignera lui-même les délégués de la Société d'Odontologie au Congrès de Madrid.

VIII. — PROPOSITIONS DIVERSES.

M. Friteau, secrétaire général, fait, au nom du bureau, la proposition suivante :

Le bureau de la Société d'Odontologie désire organiser, le 1er dimanche de chaque mois, au cours de ses démonstrations habituelles, des démonstrations essentiellement pratiques, visant des prises d'empreinte, des examens de bouche, des anesthésies locales ou

générales, des obturations, de la prothèse clinique, etc., dans l'unique but d'augmenter les connaissances techniques des futurs candidats aux postes de démonstrateurs ou de chefs de clinique de l'Ecole.

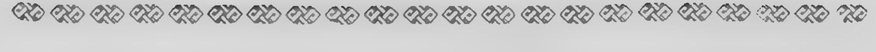
Le bureau compte sur la bonne volonté de chacun de ses membres pour l'aider dans l'établissement régulier de ces démonstrations.

Cette proposition est adoptée sans discussion.

Une demande de modification au règlement, portant que le président de la Société élu en juillet n'entrera en fonctions qu'en octobre, est prise en considération; elle sera portée à l'ordre du jour de la prochaine assemblée générale.

La séance est levée à 11 heures.

Le Secrétaire général,
Dr FRITEAU.



JURISPRUDENCE PROFESSIONNELLE

L'Odontologie fait traiter ici par son collaborateur spécial les questions de jurisprudence que ses lecteurs désirent faire élucider.

DENTISTE. PATENTE. INSCRIPTION AU RÔLE DES PATENTES A LA DATE DU 1er JANVIER 1892, SEUL MODE DE PREUVE LÉGALE D'UN EXERCICE ANTÉRIEUR DE LA PROFESSION. ASSOCIÉ SECONDAIRE. AFFRANCHISSEMENT DE L'INSCRIPTION AU RÔLE. ACTE AYANT DATE CERTAINE.

Cour de Douai (appels correctionnels) : 31 juillet 1901.

La loi du 30 novembre 1892 a permis aux dentistes inscrits au rôle des patentes le 1er janvier 1892 de continuer à exercer leur profession.

Mais il résulte de cette disposition même que l'inscription au rôle des patentes, à cette date, est le seul mode de preuve légale d'un exercice antérieur de la profession.

Vainement soutiendrait-on avoir demandé son inscription antérieurement à 1892 et n'avoir pu l'obtenir par un fait indépendant de la volonté.

Aux termes de la loi du 15 juillet 1880, une personne, se disant associée de son frère, dentiste établi avant 1892, ne se trouverait affranchie de l'inscription au rôle des patentes, et, par suite, n'aurait le droit d'exercer l'art dentaire, que si elle pouvait établir par la production d'un acte ayant date certaine qu'elle faisait partie d'une société formée entre elle et son frère antérieurement au 1er janvier 1892 et si elle justifiait qu'à cette date le frère, associé principal, était lui-même inscrit au rôle des patentes.

(*Syndicat des dentistes du Nord et du Pas-de-Calais* contre *Nauwelaërs.*)

Le tribunal correctionnel de Lille, a rendu, à la date du 26 juin 1901, le jugement suivant :

Le tribunal,

Attendu que Nauwelaërs est inculpé, d'avoir depuis moins de trois ans, à Roubaix : 1° exercé illégalement la profession de dentiste ; 2° usurpé le titre de dentiste ; qu'il reconnaît l'exactitude des faits qu'on lui reproche ; mais qu'il soutient qu'il était en droit d'agir comme il l'a fait, par ce motif qu'il exerçait la profession de dentiste antérieurement au 1er janvier 1892 ;

Attendu que la loi du 30 novembre 1892 a, il est vrai, permis aux dentistes, inscrits au rôle des patentes, le 1er janvier 1892 de continuer à exercer leur profession ;

Mais attendu qu'il résulte de cette disposition même que l'inscription au rôle des patentes, à cette date, est le seul mode de preuve légale d'un exercice antérieur de la profession ;

Que Nauwelaërs ne justifie pas de son inscription dans les conditions légales ;

Que vainement il soutient avoir demandé son inscription antérieurement à 1892, et n'avoir pu l'obtenir par un fait indépendant de sa volonté ;

Qu'en admettant, par hypothèse, que l'excuse qu'il invoque puisse le relever de sa déchéance encourue, il y a lieu de remarquer que le certificat par lui produit, qui a été établi au cours du procès, et qui est, d'ailleurs, dénué d'authenticité, émane d'une personne qui, à une autre époque, a faussement attesté qu'il avait été inscrit au rôle des patentes ;

Qu'une telle pièce est suspecte et ne saurait être prise en considération ;

Qu'il existe dans la cause des circonstances atténuantes ;

Vu les articles 2, 16 § 1er, 18 § 2, 19 § 1 et 2, et 27 de la loi du 30 novembre 1892, 5 de la loi du 13 avril 1900, 463 du Code pénal, 194 du Code d'instruction criminelle ;

Par ces motifs : Déclare Nauwelaërs (Henri) coupable d'exercice illégal de l'art dentaire et d'usurpation du titre de dentiste, avec circonstances atténuantes ; le condamne à une amende de 50 francs.... ;

Et statuant sur les conclusions de la partie civile :

Attendu que le *Syndicat des dentistes du Nord et du Pas-de-Calais* réclame des dommages-intérêts ; qu'il y a droit ;

Qu'il existe dans la cause des éléments suffisants d'appréciation ;

Condamne Nauwelaërs (Henri) à payer au *Syndicat des dentistes du Nord et du Pas-de-Calais*, la somme de 100 francs, à titre de dommages-intérêts ;

Et attendu que Nauwelaërs n'a subi aucune condamnation antérieure,...

Vu les articles 1 et 2 de la loi du 26 mars 1891 ;

Ordonne qu'il sera sursis à l'exécution de la peine.

Sur l'appel, est intervenu l'arrêt suivant :

La Cour, attendu qu'aux termes de la loi du 15 juillet 1889, Nauwelaërs, se disant associé de son frère Edmond, dentiste à Roubaix, avant 1892, ne se trouverait affranchi de l'inscription au rôle des patentes, et, par suite, aurait le droit d'exercer l'art dentaire, que s'il pouvait établir par la production d'un acte ayant date certaine, qu'il faisait partie d'une Société formée entre lui et son frère Edmond antérieurement au 1er janvier 1892, et que s'il justifiait qu'à cette date son frère, associé principal, était lui-même inscrit au rôle des patentes ;

Attendu que, s'il est exact qu'Edmond Nauwelaërs ait été présenté comme dentiste à Roubaix, avant 1892, l'inculpé ne rapporte nullement la preuve qu'à cette époque une association ait existé entre son

frère et lui ; qu'il ne produit, d'ailleurs, sur ce point, aucun acte ayant date certaine ;

Que le jeune âge de Nauwelaërs, au moment de cette prétendue association, serait, au contraire, de nature à corroborer l'inexactitude de cette prétention ;

Adoptant au surplus, les motifs des premiers juges ;

Vu également l'article 365 du Code d'instruction criminelle ;

Par ces motifs :

Confirme le jugement dont est appel.

Note. — Cette décision confirme, une fois de plus, une décision désormais nettement établie.

Du moment qu'on n'a point le diplôme, il faut de toute nécessité la patente pour avoir le droit d'exercer l'art dentaire (Rennes, 6 décembre 1894 ; Cass., 3 décembre 1895 ; Trib. Lille, 1er avril 1901, et l'on doit justifier de l'inscription au rôle des patentes à la date du 1er janvier 1892, ainsi que le prescrit l'art. 32 § 1 de la loi du 30 novembre 1892 (Avis du Conseil d'Etat, 14 juin 1895).

C'est en ce sens que se sont nettement prononcées de nombreuses décisions (T. corr. Toulouse, 3 février 1898 ; — T. corr. Seine, 29 juillet 1898 ; — C. Paris, 6 décembre 1898 ; — Cass. crim., 9 novembre 1899 ; — Cass. crim., 4 avril 1901 ; — Cass. crim., 18 avril 1901).

Les décisions du tribunal correctionnel de Charolles du 11 décembre 1897, de la Cour de Lyon du 14 mars 1900, de la Cour de Nancy du 28 juin 1900, ne sauraient faire sérieusement échec à cette solution.

Il n'y a d'exception, de par les lois mêmes des patentes, qu'en faveur des associés secondaires de sociétés en nom collectif (C. Etat, 14 juin 1895), ou des femmes communes en biens de maris, dentistes patentés, déjà imposés eux-mêmes et exerçant avec elles (C. Besançon, 27 juin 1894 ; — C. Limoges, 4 novembre 1899).

V. au surplus, notre note dans *L'Odontologie*, 30 août 1901, (p. 209).

F. W.

DEMANDES ET OFFRES

PRIX d'une CASE, dans 3 numéros........................ **8** francs.
payable d'avance. (Pour les Abonnés de *L'Odontologie*. **5** »).

L'Administration de L'Odontologie *est à la disposition des vendeurs ou acheteurs pour transmettre aux intéressés les lettres adressées aux initiales indiquées, mais il est bien entendu que son rôle se borne à cette transmission.*

---

1 **DEMOISELLE INSTRUITE, bien élevée,** sachant parfaitement *l'anglais*, demande place de **SECRÉTAIRE** chez un **DENTISTE**. — A occupé déjà un emploi analogue. — Ecrire *par poste* aux initiales D. S., aux soins de M. Papot, 45, rue de La Tour-d'Auvergne, à Paris. (**115-4**).

---

2 **Chirurgien-dentiste américain D. D. S.** (*New-York*), **BON OPÉRATEUR**, parlant *français*, *anglais*, *espagnol*, désire une place **d'opérateur,** de préférence à Paris. Bonnes références. Ecrire A. A. Formel, 53, rue d'Amsterdam, à Paris. (**120-3**).

---

3 **A CÉDER DE SUITE**, pour **cause de maladie grave**, dans *grande ville du Midi*, **cabinet dentaire** fondé depuis 17 ans. *Installation moderne*, 2 fauteuils *Columbia*. Prix 15.000 francs comptant. L'installation seule, qui est de premier ordre, a coûté près de 50.000 francs. Ecrire *par poste* aux initiales B. B., aux soins de M. Papot, 45, rue de La Tour-d'Auvergne, à Paris. (**121-3**).

---

4 *A CÉDER cabinet*, dans *grande ville du Nord*, faisant environ 15.000 francs, *titulaire de plusieurs établissements d'éducation. **Frais minimes**;* conviendrait à une dame. Ecrire *par poste* aux initiales H. F., aux soins de M. Papot, 45, rue de La Tour-d'Auvergne. (**122-3**).

---

5 **Diplômé de l'Ecole dentaire de Paris**, *capable et sérieux*, demande une place **d'opérateur** pour Paris ou province. Ecrire *par poste* aux initiales M. B., 82, aux soins de M. Papot, 45, rue de La Tour-d'Auvergne, à Paris. (**123-3**).

QUARTIER DE L'OPÉRA, beau local à *louer* pouvant servir pour **praticien-dentiste** ou **spécialiste médical**. Ecrire pour location Schumacher, 43, boulevard de Strasbourg, à Paris. (**124-3**).

---

7 *Opérateur-mécanicien, diplômé de l'Ecole dentaire de Paris*, demande place chez dentiste, à *Paris* ou *Province*. Ecrire *par poste* aux initiales G. B. R., aux soins de M. Papot, 45, rue de La Tour-d'Auvergne, à Paris. (**125-3**).

---

8 **Bon mécanicien,** au courant de tous les **TRAVAUX DE PROTHÈSE,** *excellentes références*, demande place à Paris. — Ecrire *par poste* à M. Rouzé, 79, rue de Seine, à Paris. (**1-2**).

---

9 Un **ancien dentiste**, au courant de la **COMPTABILITÉ**, demande à entrer en relation avec un ou plusieurs confrères pour tenir leurs livres. — S'adresser au bureau du Journal aux initiales M. D. S. (**2-2**).

---

10 **APRÈS FORTUNE FAITE**, à *remettre avantageusement* **établissement dentaire 1er ORDRE, maison grandiose,** *Ville industrielle, commerciale des plus riches*, en Belgique. — On resterait associé au besoin. — Ecrire *par poste* aux initiales X. B., aux soins de M. Papot, 45, rue de La Tour-d'Auvergne, à Paris. (**3-2**).

---

11 **A CÉDER**, pour *cause de maladie subite*, **cabinet dentaire** en *province*, fondé depuis neuf ans, faisant 14.000 francs d'affaires en moyenne; frais minimes, installation parfaite, loyer 500 francs, très bonne clientèle. — Succursale d'un bon rapport aux environs, **prix absolument avantageux**. Ecrire *par poste* aux initiales R. G. D. aux soins de M. Papot, 45, rue de La Tour-d'Auvergne, Paris. (**4-2**).

---

12 *Très bon et sérieux Dentiste diplômé, avec relations*, désire *associé dentiste sérieux*, ayant apport équivalent pour soutenir la création d'un cabinet commencée récemment à Paris. — Situation *exceptionnelle et d'avenir certain. — Affaire sérieuse.* — Ecrire *par poste* aux initiales C. K., aux soins de **M.** Papot, 45, rue de La Tour-d'Auvergne, à Paris. (**5-2**).

---

13 **A céder, raison de santé,** dans *Ville de l'Ouest*, **EXCELLENT CABINET DENTAIRE**, *clientèle sérieuse*, *aristocratie* et *riche bourgeoisie*, relations médicales, *institutions*, etc. Affaires prouvées 20 à 25.000 francs, susceptibles d'augmentation sensible et rapide, avec praticien capable et actif. Prix demandé: 25.000 francs dont 10.000 comptant, solde par annuités. On accepterait au besoin **associé ou opérateur** intéressé avec promesse de vente. Ecrire *par poste*, aux initiales C. H. D., 12, aux soins de M. Papot, 45, rue de La Tour-d'Auvergne, à Paris. (**6-2**).

(Voir la suite page 104.)

RÉUNIONS PROFESSIONNELLES

CONGRÈS DE MADRID

PROGRAMME PROVISOIRE

Sous les réserves naturelles dans un programme établi longtemps à l'avance et pouvant, par suite, être remanié en détail, le Comité d'organisation de la section XII se propose le programme suivant :

22 avril, mercredi, 10 heures matin. — Séance d'ouverture de la Fédération dentaire internationale, sous la présidence de Son Excellence le Ministre de l'Instruction publique.

2 heures 1/2. — Réunion des sections de la Fédération dentaire internationale.

8 heures du soir. — Banquet de la Fédération dentaire internationale.

23, jeudi, 10 heures matin. — Séance des sections de la Fédération dentaire internationale.

Midi. — Assemblée générale de la Fédération.

3 heures. — Séance solennelle d'ouverture du XIVe Congrès international de médecine et de chirurgie sous la présidence de Sa Majesté le Roi Alphonse XIII.

9 heures soir. — Soirée offerte aux Congressistes et à leurs femmes, par M. Aguilar, secrétaire général de cette section.

24, vendredi, 10 heures. — Réunion de la section. Lecture et discussion des mémoires.

2 heures. — Séance de la section. Présentation et discussion de mémoires.

25, samedi, 10 heures. — Cliniques et démonstrations pratiques de la Section d'odontologie.

2 heures. — Séance de la section.

Banquet de la section (par cotisation).

26, dimanche, 1 heure. — Déjeuner dans les jardins du Buen Retiro, offert par le Comité local aux membres de la Fédération dentaire internationale et de la Société dentaire américaine d'Europe.

4 heures. — Course de taureaux offerte aux Congressistes par la députation provinciale.

8 heures soir. — Banquet de la Société dentaire américaine d'Europe.

27, lundi, 10 heures. — Cliniques et démonstrations pratiques.

3 heures. — Séance de la section. Lecture et discussion des mémoires.

28, mardi. — Excursion à Tolède, fête offerte par les dentistes espagnols à leurs collègues étrangers. Départ de Madrid pour Tolède par train spécial à 9 heures du matin. Visite de la ville. Déjeuner à l'hôtel de Castille, retour à Madrid à 8 heures du soir.

29, mercredi, 10 heures. — Séance de la section. Lecture et discussion de mémoires.

2 heures. — Séance de la section. Lecture et discussion de mémoires.

30, jeudi. — Clôture du Congrès.

Pendant la semaine que durera le Congrès, auront lieu également une réception au Palais-Royal par Sa Majesté le Roi, et une fête offerte par la Municipalité. Les dates ne sont pas encore fixées pour ces réceptions. La séance solennelle d'ouverture du Congrès aura lieu probablement au Théâtre Royal ; les séances des sections dans le palais de la Bibliothèque et Musées nationaux ; les cliniques et démonstrations pratiques de la section XII à la Faculté de médecine.

DEMANDES ET OFFRES

PRIX d'une CASE, dans 3 numéros........................ **8** francs.
payable d'avance. (Pour les Abonnés de *L'Odontologie.* **5** »).

L'Administration de L'Odontologie *est à la disposition des vendeurs ou acheteurs pour transmettre aux intéressés les lettres adressées aux initiales indiquées, mais il est bien entendu que son rôle se borne à cette transmission.*

---

14 *A céder dans station balneaire du N.-O. bon petit cabinet* ayant rapporté 8.000 fr. ces deux dernières années; chiffres d'affaires en augmentation constante depuis 10 ans; atteindrait facilement 12.000 *en y restant toute l'année.* Prix 5.000 francs. - Ecrire *par poste* aux initiales L. D. E., aux soins de M. Papot, 45, rue de La Tour-d'Auvergne, à Paris. **(7-2)**.

---

15 **Cabinet dentaire,** dans une *Ville du Centre* de la France à *gérer pendant une année* avec *faculté d'achat.* — Jeune clientèle mais sûre, pas de crédit, rapportant de 8 à 9.000 francs par an, frais insignifiants; conviendrait à un jeune homme *sérieux et habile* voulant se faire une situation en province.— Ecrire *par poste* aux initiales A. C. Q., aux soins de M. Papot, 45, rue de La Tour-d'Auvergne. Paris. **(8-2)**.

---

16 **Chirurgien-Dentiste** D. E. D P. et F. M. P., ayant fait ses deux premières années d'études dentaires aux *Etats-Unis* et ayant *dirigé cabinet* pendant 6 ans avec *plein succès*, demande place opérateur *province* ou *etranger. Paris de préférence*, mais dans maison sérieuse. — Accepterait même occupation pour après-midi seulement et apporterait au besoin, mais avec avantages, installation complète pour un Cabinet. — Ecrire à R. G., aux soins du Dr B., 7, avenue Trudaine, à Paris. **(9-2)**.

---

17 **Commerce** de **FOURNITURES DENTAIRES**, en *pleine prospérité*, à remettre; *beaux bénéfices prouvés* par livres, **conditions avantageuses**. Conviendrait à dentiste retiré, ou famille de dentistes. — Ecrire *par poste (affranchir à 25 cent.)* aux initiales R. P., aux soins de M. Papot, 45, rue de La Tour-d'Auvergne, Paris. **(10-1)**.

---

18 **CHIRURGIEN-DENTISTE** *de la Faculté de médecine de Paris* et *diplômé de l'Ecole dentaire*, connaissant la **prothèse** et les **aurifications,** demande place **D'OPERATEUR**. Ecrire *par poste* aux initiales P. B., aux soins de M. Papot, 45, rue de La Tour-d'Auvergne, à Paris. **(11-1)**.

---

19 *A CEDER promptement cabinet dentaire* dans *grande ville*, près *Paris. Installation moderne* dans très belle maison. *Electricité.* Affaires 18000 francs. Conditions à débattre. Ecrire *par poste* aux initiales F. L., aux soins de M. Papot, 45, rue de La Tour-d'Auvergne, à Paris. **(12-1)**.

---

20 **A VENDRE** un *fauteuil lit Columbia*, fabrication Wirth; un *fauteuil Columbia*, américain et un *tour électrique Columbia* d'atelier. — Ecrire à **M. Mendelssohn**, 18, boulevard Victor-Hugo, Montpellier. **(13-1)**.

---

21 **CHIRURGIEN-DENTISTE** (danois), assistant depuis 5 ans, possédant **certificats brillants,** parlant l'*allemand* et le *français*, au courant de tous les travaux de cabinet *(aurifications, obturations en porcelaine, couronnes)*, demande place d'opérateur ou gérant. — Ecrire *par poste*, aux initiales M. S. E., rue d'Autriche, 39, Bruxelles. **(14-1)**.

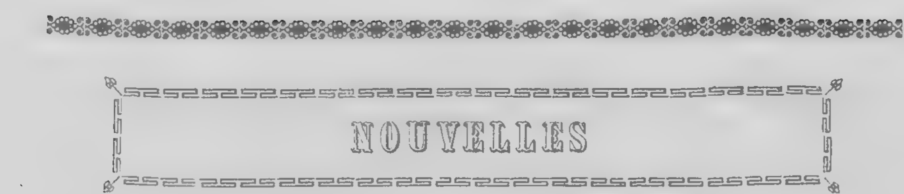
---

22 *Cabinet dentaire, aux environs de Paris*, à *VENDRE*, pour *cause de fatigue.* — Affaires 6000 francs en allant deux fois par semaine, loyer 400 francs. — *Belle installation*, à *céder* avec ou sans matériel. Prix à débattre, facilités de paiement. — S'adresser à M. Frenkel, 59, rue de Chaillot, à Paris. **(15-1.**

Avis relatif aux « DEMANDES ET OFFRES ».

La plupart du temps les confrères qui usent de nos « DEMANDES ET OFFRES » *désirent garder l'anonyme; aussi indiquent-ils presque toujours simplement dans ces annonces les initiales sous lesquelles les demandes doivent leur être adressées par les soins de l'Administration du journal, dont le rôle se borne à cette transmission et qui ne prend à l'égard des affaires annoncées* aucune sorte de responsabilité.

L'administrateur rappelle aux intéressés que les lettres doivent lui parvenir **par la poste** *avec l'adresse ainsi libellée:* M. (initiales indiquées) *aux soins de M. Papot. Il les rend au facteur*, sans les ouvrir, *après en avoir complété l'adresse. Il ne peut donc personnellement donner aucun renseignement sur les affaires à traiter.*



Société d'Odontologie de Paris.

Une séance de démonstrations pratiques aura lieu le dimanche 8 février, au cours de laquelle MM. Bonnard, Gillard, Touvet-Fanton, Martinier et Friteau feront des démonstrations de procédés divers de technique dentaire. Le programme de ces démonstrations est le suivant :

M. Bonnard, anesthésie locale par la nirvanine.

M. Gillard, moulage de la face.

M. Touvet-Fanton, nouveau système de succion simple pour appareils à plaque.

M. Martinier, empreintes au plâtre.

M. le Dr Friteau, indications cliniques de la chloroformisation en art dentaire.

Il est certain qu'avec un programme aussi intéressant les membres de la Société répondront en grand nombre à l'invitation du bureau.

COMPTES RENDUS DU 3e CONGRÈS DENTAIRE INTERNATIONAL

Le comité de publication a donné le « BON A TIRER » du 3e volume des comptes rendus du Congrès de 1900 qui contient les assemblées de sections et est illustré de nombreuses planches et gravures.

Cette publication a pris une IMPORTANCE AU DELA DE TOUTE PRÉVISION ; aussi est-il nécessaire de faire un 4e volume, qui suivra de très près la publication du 3e. Ce 4e volume sera consacré à la fin des assemblées de sections, aux démonstrations pratiques et aux fêtes.

Les COMITÉS NATIONAUX sont invités à faire connaître DÈS A PRÉSENT au secrétariat général le nombre d'exemplaires pour lequel ils souscrivent au nom des sociétés, écoles, journaux professionnels, bibliothèques et groupements dentaires de leur pays, au prix de 36 FRANCS POUR LA SÉRIE DES TROIS VOLUMES *(port en sus)*.

LES SOUSCRIPTIONS VOLONTAIRES DES SOCIÉTÉS DES ÉCOLES OU DES INDIVIDUALITÉS SONT REÇUES CHEZ M. VIAU, TRÉSORIER, 47, BOULEVARD HAUSSMANN, PARIS.

Congrès de Médecine de Madrid.

L'Agence de la Presse scientifique se tient à la disposition des dentistes désirant avoir les renseignements utiles pour assister au Congrès international de médecine de Madrid en avril prochain : adhésions, réductions de transports, voyages pratiques, etc. — Ecrire : Agence de la Presse scientifique (Service des Renseignements), 93, boulevard Saint-Germain, Paris.

L'Épreuve.

L'*Épreuve* est la plus belle et la plus artistique des Revues d'Art européennes ; chaque numéro mensuel reproduit en gravures hors texte, grand format, plusieurs chefs-d'œuvre anciens ou modernes dont la collection formera un merveilleux Musée d'art.

Le numéro de ce mois contient une étude sensationnelle de M. Victor Thomas sur l'exposition projetée des *Primitifs français* qui laissera loin derrière elle celle des Primitifs flamands ; cette étude est accompagnée de reproductions du plus haut intérêt artistique. C'est la meilleure réponse aux critiques étrangers qui prétendent que « *l'art primitif français n'existe pas* ».

Ce numéro exceptionnel contient en outre une étude sur *Frans Hals*, des gravures hors texte de toute beauté et une *eau-forte inédite de Charvot* d'une valeur de 15 francs.

Le numéro est envoyé *franco* contre 2 francs adressés à l'Administrateur de l'*Epreuve*, 30, rue Bergère, Paris.

Abonnement : un an, 16 francs pour tous pays. (A partir du 1er février, le prix d'abonnement sera de 20 francs pour la France et 24 francs pour l'étranger.)

Avis relatif au recouvrement des cotisations

Les membres de l'Association et les abonnés du Journal domiciliés dans les *Colonies* ou à l'*Etranger*, qui ont des *cotisations en retard*, sont priés de bien vouloir en adresser le montant, en un mandat-poste international ou en un chèque sur un établissement financier de Paris.

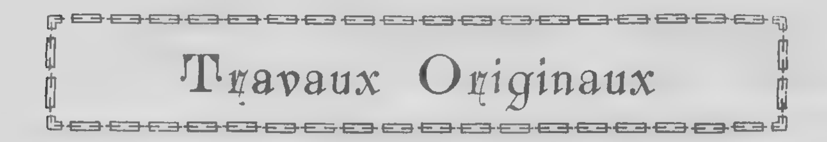
Pour L'ASSOCIATION, au *Trésorier :* Jules d'Argent................ } 45, rue de La Tour-d'Auvergne, Paris.

Pour le JOURNAL, à l'*Administrateur Gérant :* Ed. Papot............ }

23e ANNÉE. N° 3 15 FÉVRIER 1903 Vol. XXIX



L'Odontologie **est une TRIBUNE LIBRE, où toutes les opinions peuvent se produire ; les signataires gardent l'entière responsabilité de leurs appréciations.**



ESSAI SUR L'ARTICULATION DENTAIRE

(Communication à la Société d'Odontologie de Paris, Séance du 6 janvier 1903.)

Par M. J. Choquet,

Professeur suppléant à l'École dentaire de Paris.

On a tout avantage, croyons-nous, à définir l'articulation dentaire de la façon suivante : « *Les rapports existant à l'état d'occlusion normale des mâchoires entre les dents du maxillaire supérieur et celles du maxillaire inférieur.* »

Par suite de cette définition, l'étudiant qui ouvre pour la première fois un traité d'anatomie dentaire ne risque pas de se faire une idée fausse de cette articulation, comme cela peut se produire lorsqu'il lit par exemple la définition suivante donnée par certains auteurs et entre autres par Tomes :

« Chez l'homme, les dents s'élèvent toutes au même niveau, sont en contiguïté parfaite, sans intervalles entre elles. »

Une semblable description est en effet erronée, car l'auteur qui l'emploie ne tient pas compte de la saillie que fait

99 fois sur 100 la canine sur les dents voisines, non plus que des solutions de continuité, des diastèmes pouvant exister à l'état normal entre certains organes.

Enfin, cette définition semblerait impliquer que le sommet des dents d'un maxillaire, vu de profil ou de face, doit venir affleurer une ligne droite que l'on tracerait en partant du cuspide distal de la troisième grosse molaire pour aboutir au bord tranchant de l'incisive centrale. En un mot, les dents du maxillaire supérieur, par exemple, alors que celui-ci est posé à plat sur une table ou sur une surface plane quelconque, devraient toutes présenter leurs extrémités coronaires (bords tranchants ou cuspides) en contact intime avec cette surface plane. Ce n'est pas ce qui a lieu, car des dents ainsi rangées et alignées sont, non pas la règle, mais bien l'exception et même la très rare exception.

Suivant les sujets, suivant les races, suivant le mode d'alimentation, suivant les insertions musculaires et surtout suivant l'articulation temporo-maxillaire, cette ligne droite partant du fond de la bouche pour arriver à la ligne médiane en affleurant les pointes des dents subira des modifications, des inflexions particulières, qu'il est de toute nécessité de connaître à fond.

Aux causes qui viennent d'être signalées, il faut encore ajouter les retards pouvant s'être produits dans l'évolution et l'éruption des dents, ainsi que la différence de volume (nanisme ou géantisme) pouvant se produire sur tel ou tel organe.

Pour la bonne compréhension des différentes sortes d'articulation que l'on est appelé à rencontrer, il faut tout d'abord se reporter par la pensée à la morphologie de la dent.

L'on sait d'ores et déjà que normalement les deux maxillaires sont d'un diamètre légèrement différent : le maxillaire supérieur doit toujours présenter une légère augmentation sur le maxillaire correspondant. Dans l'articulation absolument parfaite les dents de bouche du maxillaire supérieur doivent recouvrir, à l'état d'occlusion, environ 1/3 de la couronne des dents correspondantes.

Pour faciliter la compréhension de l'engrènement des dents entre elles, nous considèrerons toute couronne comme partagée par une ligne axiale fictive donnant naissance à deux segments : l'un qui correspondra à la face mésiale, l'autre à la face distale. Nous ne nous occupons pas de l'axe réel des dents.

Si l'on vient donc à considérer les deux mâchoires rapprochées l'une de l'autre et que l'on parte de la ligne médiane des deux maxillaires, on voit que, sur la face mésiale des deux incisives supérieure et inférieure, l'angle mésial du bord tranchant de ces dents se trouve situé sur le même plan.

Par suite de la différence de volume des deux organes, l'incisive centrale supérieure recouvrira entièrement l'incisive correspondante et le segment distal de cette incisive devra recouvrir en totalité le segment mésial de l'incisive latérale inférieure.

L'incisive latérale supérieure verra son segment mésial recouvrir le segment distal de l'incisive latérale correspondante, tandis que le segment distal de cette même incisive supérieure recouvrira le segment mésial de la canine.

La canine supérieure recouvrira par son segment mésial le segment distal de son homologue, tandis que le segment distal de cette même canine supérieure devra recouvrir les 3/7 de la couronne de la première prémolaire inférieure.

En partant du segment distal de l'incisive centrale supérieure pour arriver au segment mésial de la canine du même maxillaire, nous pouvons poser comme principe que chacun des segments inclus a recouvert un autre segment identique comme volume.

A partir de la première prémolaire inférieure il n'en sera plus de même, car nous venons déjà de voir que les 3/7 de la couronne de cette prémolaire sont recouverts par la moitié de la canine supérieure, c'est-à-dire par le segment distal de cette même dent.

Le segment mésial de la première prémolaire supérieure recouvrira les trois des autres septièmes de la dent corres-

pondante, tandis que le segment distal de cette même prémolaire supérieure recouvrira le 1/7 restant de la dent homologue, plus environ 2/7 et demi de la deuxième prémolaire.

Le segment mésial de la deuxième prémolaire supérieure recouvrira 3/7 1/2 de la dent correspondante, tandis que le segment distal de cette même dent recouvrira les 2/7 restant libres au segment distal de cette deuxième prémolaire inférieure et 1/10 1/2 du segment mésial de la première grosse molaire inférieure.

La première grosse molaire supérieure verra son segment mésial recouvrir 4/10 1/2 de la dent correpondante, tandis que le segment distal recouvrira les 4/10 restant libres, plus environ 1/10 du segment mésial de la deuxième grosse molaire inférieure.

Enfin le segment mésial de la deuxième grosse molaire supérieure recouvrira 6/10 de la dent correspondante, tandis que la face distale de cette même deuxième grosse molaire supérieure recouvrira les 3/10 restant sur le segment distal de la même dent, plus 2/10 ou plus du segment mésial de la troisième molaire inférieure. Et cela de telle façon que, sans que les segments partageant les troisièmes molaires supérieure et inférieure soient égaux comme volume, la face distale de ces deux molaires se trouve sur un plan absolument identique.

Dans la description des arcades dentaires, on néglige presque toujours les troisièmes molaires ou dents de sagesse, et c'est en connaissance de cause, vu les variations de volume (géantisme ou nanisme) qui peuvent se présenter sur ces organes. En outre, il faut aussi tenir compte de l'absence de plus en plus fréquente de ces dents, absence entraînant forcément un manque de précision dans les données. C'est pourquoi les arcades sont toujours étudiées, ne comportant que les molaires de 12 et de 6 ans. Néanmoins la juxtaposition, le parallélisme parfait des faces distales des molaires supérieure et inférieure ne peut s'effectuer normalement, et si l'on se trouve en présence de maxillaires dont toutes les dents conservent leurs proportions naturelles, ce

n'est que sur les troisièmes molaires ou dents de sagesse.

Il arrive cependant assez fréquemment que ce parallélisme se produise non sur les troisièmes molaires, mais bien sur les secondes.

De ce cas on se trouve en présence de deux hypothèses :

1° Il y a anomalie de volume d'une des dents soit du maxillaire supérieur, soit du maxillaire inférieur ;

2° Les arcades, tout en présentant une des formes habituelles, possèdent cependant quelque chose d'anormal dans les rapports des dents vis-à-vis les unes des autres.

Envisageons séparément chacune de ces hypothèses.

Pour la première, anomalie de volume, l'articulation peut rester absolument normale pour les dents de bouche (incisives et canines) et même pour les prémolaires. Mais presque toujours, pour ne pas dire toujours il y aura diminution sensible dans le diamètre mésio-distal d'une des dents et cette dent sera presque toujours la deuxième molaire supérieure.

Nous avons maintes fois remarqué cette anomalie dans l'articulation et, après avoir fait de nombreuses mensurations, nous en étions arrivé à conclure que cette anomalie provenait ou de la diminution de la deuxième grosse molaire supérieure, ou bien au contraire de l'augmentation de la dent correspondante (fig. 3, 6). Ayant comparé nos recherches avec celles publiées par Black, nous avons pu nous convaincre que les chiffres donnés par cet auteur sont d'une exactitude des plus rigoureuses et que l'anomalie dont il est question provient exclusivement du rétrécissement du diamètre mésio-distal de la deuxième grosse molaire supérieure.

En effet, si nous nous en rapportons à son tableau de mensuration des dents dans les différents sens, d'autre part, nous trouvons à 6/10 de millimètre près pour les deux maxillaires supérieurs la raison pour laquelle les faces distales des deuxièmes molaires supérieures et inférieures sont sur le même plan. Prenons en effet pour le maxillaire inférieur le diamètre moyen mésio-distal de chacune des dents, en ne tenant pas compte de la troisième molaire.

Pour le maxillaire supérieur prenons la moyenne de chacune des dents, sauf pour la deuxième grosse molaire à laquelle nous accorderons le minimum.

Nous obtenons le résultat suivant :

	Maxill. inférieur.	Maxill. supérieur.
Incisive centrale	5.4	9
Incisive latérale	5.9	6.4
Canine	6.9	7.6
Première prémolaire	6.9	7.2
Deuxième prémolaire	7.1	6.8
Première grosse molaire	11.2	10.7
Deuxième grosse molaire	10.7	7
	54.10	54.70

En multipliant le total par deux, puisque nous n'avons affaire qu'à une moitié de maxillaire, nous obtenons ainsi respectivement pour le maxillaire supérieur une arcade d'un développement de 10 cent. 94 et pour le maxillaire inférieur un développement de 10 cent. 82, soit un écart de chaque côté de 6 dixièmes de millimètre, ce qui, on en conviendra, est absolument insignifiant.

Pour bien comprendre la seconde hypothèse, il faut auparavant étudier les différents cas d'articulation des dents que l'on peut être appelé à rencontrer. Ceux-ci sont au nombre de quatre et nous prendrons comme types les dents de bouche.

Ces quatre cas d'articulation sont les suivants (Voir fig 1) :

A. Les incisives supérieures recouvrent environ 1/3 des dents correspondantes.

B. Les dents de bouche se rencontrent bout à bout.

C. Les dents du maxillaire inférieur sont projetées en avant de celles du maxillaire correspondant.

D. Les incisives supérieures recouvrent et cachent *entièrement* les dents correspondantes.

Ces quatre cas, rien que par leur définition, peuvent se

Pl. I.

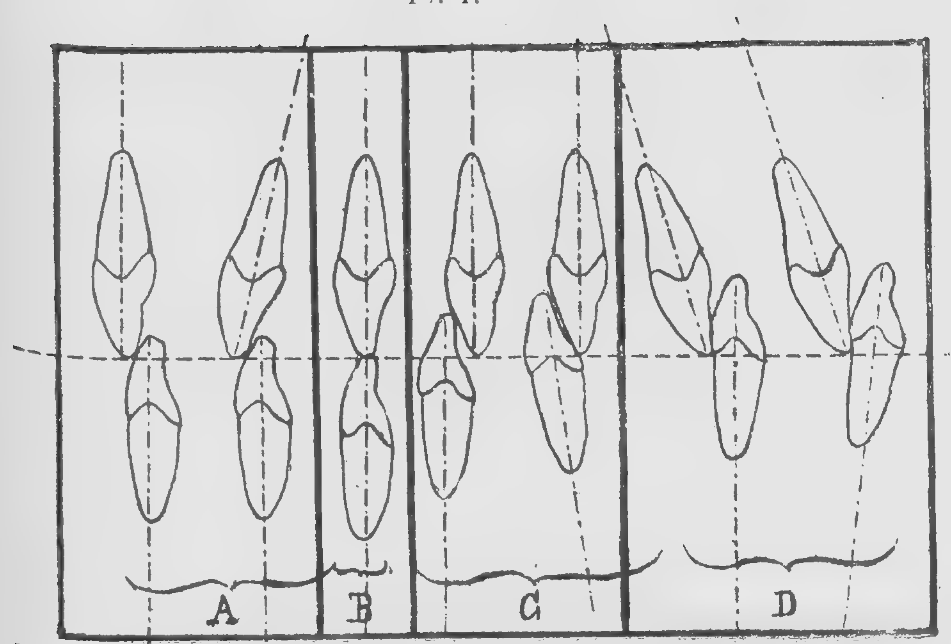


Fig. 1. — Différents modes d'articulation des dents de bouche, vues par la face distale.

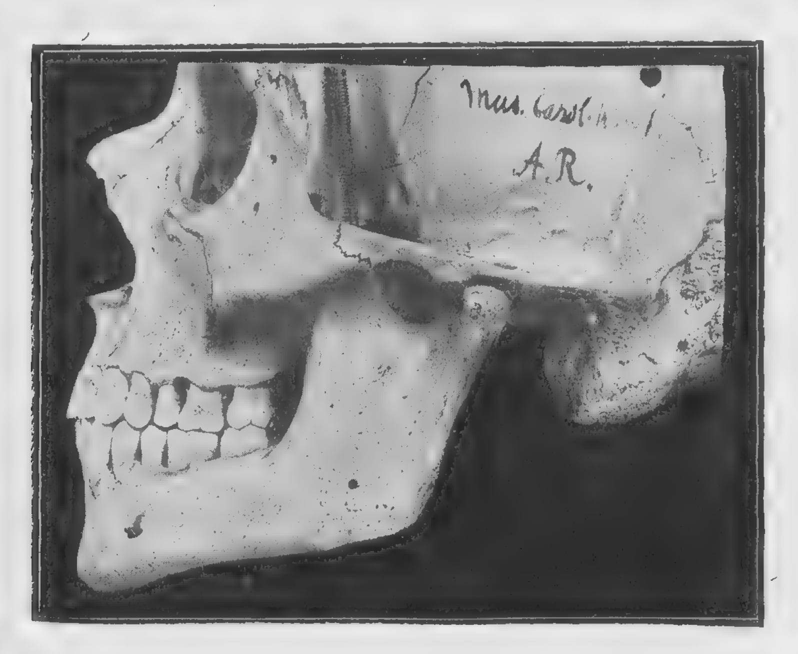


Fig. 2. — Articulation se rapprochant le plus de la ligne droite.

subdiviser en un cas normal et trois cas pathologiques, ou, au moins anormaux.

A. *Les incisives supérieures recouvrent environ 1/3 des incisives correspondantes.*

Comme des lignes immuables sont ici nécessaires, nous prendrons une portion invariable des maxillaires et cette portion sera la base du corps du maxillaire inférieur.

Les dents de bouche de ce maxillaire, dans le cas qui nous occupe, seront toujours implantées perpendiculairement à la base de celui-ci. Chaque dent considérée soit par sa face mésiale, soit par sa face distale, sera partagée en deux portions plus ou moins égales (face labiale, face linguale), par une ligne perpendiculaire à la base de la mâchoire, ligne qui ne sera autre chose que l'axe de la dent.

Chez les sujets ne présentant pas la moindre tendance au prognathisme du maxillaire supérieur, mais possédant au contraire un angle facial absolument normal, l'on verra la ligne axiale de la dent correspondante, c'est-à-dire de l'incisive centrale supérieure, être perpendiculaire, elle aussi, à l'état d'occlusion des mâchoires, à la base du maxillaire inférieur, mais présenter en même temps un parallélisme antérieur parfait avec l'incisive centrale correspondante.

Il va de soi que ce parallélisme antérieur tient exclusivement à la différence existant normalement dans les arcades supérieure et inférieure.

B. *Les dents de bouche se rencontrent bout à bout.*

Dans ce cas, les deux axes de l'incisive supérieure et de l'inférieure se confondent en un seul, toujours perpendiculaire à la base du maxillaire inférieur.

C. *Les dents du maxillaire inférieur sont projetées en avant de celles du maxillaire correspondant.*

En pareil cas, si l'on a affaire à un cas véritable de

brachygnathisme ou de vulgaire menton de galoche, la ligne axiale perpendiculaire à la base de la mâchoire inférieure existera toujours à la mâchoire supérieure sur les incisives, tandis qu'elle pourra dévier aux dents inférieures par suite de l'inclinaison de celles-ci en avant, ou bien encore il y aura parallélisme, comme on l'a vu pour le premier cas, mais parallélisme inverse.

Cela dépendra du plus ou moins grand diamètre de la courbe de l'arcade du maxillaire inférieur.

D. *Les incisives supérieures recouvrent et cachent entièrement les dents correspondantes.*

Jusqu'ici l'axe perpendiculaire à la base du maxillaire inférieur avait toujours existé aux incisives supérieures.

Dans le cas présent, il n'en est plus de même, car les incisives, mais non pas les canines, présentent leur bord tranchant nettement dirigé vers l'intérieur de la cavité buccale. Il semblerait que l'on se trouve en présence, ou bien d'un développement exagéré de la table externe du maxillaire supérieur, au niveau des racines, ou, au contraire d'un ralentissement, d'une sorte d'arrêt de développement du maxillaire inférieur, et cela, malgré l'aspect normal des arcades aux deux maxillaires.

En tous cas, on peut facilement se rendre compte, en examinant la figure ci-contre, de l'aspect des dents de bouche vues par la face distale dans chacun des cas que nous venons de signaler.

Si maintenant nous reprenons séparément chacun des cas précédents pour étudier les rapports, non plus des dents de bouche, mais au contraire des organes triturants et que nous considérions ceux-ci par leur face jugale et ensuite par leur surface triturante, nous arriverons à des résultats tout à fait inattendus.

A. *Face jugale.* — Nous supposons les maxillaires à étudier entièrement déployés, et cela pendant l'occlusion normale des maxillaires. Nous obtenons ainsi la figure sui-



Fig. 3. — Sinuosité de l'articulation.

Fig. 4. — Sinuosité plus accentuée de l'articulation.

vante sur laquelle l'axe des dents est figuré par la ligne pointillée. La couronne de chacune des dents est divisée en deux portions égales, tandis que la portion radiculaire est partagée en deux segments inégaux, dont le plus volumineux correspond à la face distale qui, comme nous le savons, présente toujours une courbure plus ou moins accentuée dans ce sens. Nous avons ici affaire à une figure plutôt schématique, car, comme nous le disions plus haut, si nous venons à tracer une ligne droite partant du sommet du cuspide distal de la deuxième grosse molaire supérieure pour aboutir au bord tranchant de l'incisive centrale supérieure, nous voyons que le sommet de toutes les dents de la mâchoire supérieure vient en contact avec cette ligne.

Au lieu de cette figure schématique, examinons la figure suivante provenant d'une photographie d'un crâne vu de profil. De prime abord, il semble, comme le dit Tomes, que toutes les dents s'élèvent au même niveau. Et cependant il n'en est rien, car si nous venons à poser à plat ce maxillaire supérieur sur une table ou sur une surface plane quelconque, nous voyons que toutes les dents ne sont pas en contact avec cette dernière, mais qu'au contraire que quelqu'unes seulement touchent. Donc la description donnée par Tomes n'est pas juste. Pour se rendre un compte exact de la sinuosité plus ou moins grande, de la courbe plus ou moins accentuée pouvant exister dans les rapports des dents entre elles, nous employons une légère modification du procédé utilisé par le professeur Flower pour rechercher l'index gnathique.

Ce procédé est le suivant : sur un crâne vu de profil, on trace une ligne droite partant du trou auditif externe pour venir aboutir à la suture naso-frontale, puis, une autre partant de même du trou auditif externe pour venir aboutir à la suture maxillaire au niveau du collet de l'incisive centrale. Cette dernière et la suture naso-frontale étant réunies par une troisième ligne droite, on obtient par l'angle ainsi formé le degré de prognathisme. Traçant maintenant une seconde ligne parallèle à celle qui relie le trou auditif au collet de

l'incisive, en prenant comme maximum d'écartement le cuspide de la dent dépassant le plus les autres, on arrive presque toujours au résultat suivant.

Cette seconde ligne, parallèle à la première, sera elle-même parallèle à la base du corps de la mâchoire inférieure et entre les deux premières lignes tracées on pourra distinguer d'une façon indéniable le plus ou moins grand degré de courbure existant aux maxillaires. Notons en passant que cette courbure sera toujours convexe au maxillaire supérieur et conséquemment concave au maxillaire correspondant et que l'inverse ne se produira jamais, comme cela se présente chez certains animaux. Toute la série de photographies ci-jointes (fig. 3, 4, 5, 6, 7) permet de se rendre exactement compte que la ligne idéale de Tomes est une utopie et qu'au contraire des dents en contiguïté parfaite pendant l'occlusion présentent un aspect plus ou moins sinueux, au fur et à mesure que l'on se rapproche du fond de la cavité buccale. Cette sinuosité, vue par la face latérale, aura sa répercussion forcée sur les arcades elles-mêmes et, au point du maxillaire supérieur où la courbure sera le plus forte, nous verrons alors des modifications très nettes se produire dans l'axe des dents correspondantes.

A. Au maxillaire supérieur, la couronne de ces dents semblera projetée en dehors du côté jugal.

B. Au contraire au maxillaire inférieur, les grosses molaires tendront à s'incliner vers la face linguale.

Cette inclinaison inverse, cette déviation axiale sont la règle dans les cas d'articulation plus ou moins sinueuse et elles sont d'autant plus accentuées que la courbe est plus grande. Instinctivement l'esprit se porte, d'après ces données, sur l'articulation temporo-maxillaire, et grande est la surprise lorsque l'on constate que la disposition, l'emboîtement du condyle dans la cavité glénoïde se présentent juste à l'inverse de ce que l'on serait en droit d'attendre dans tel ou tel cas.

A-t-on affaire à une articulation très sinueuse, le condyle est emboîté d'une façon intense, si je puis employer cette

Pl. III.

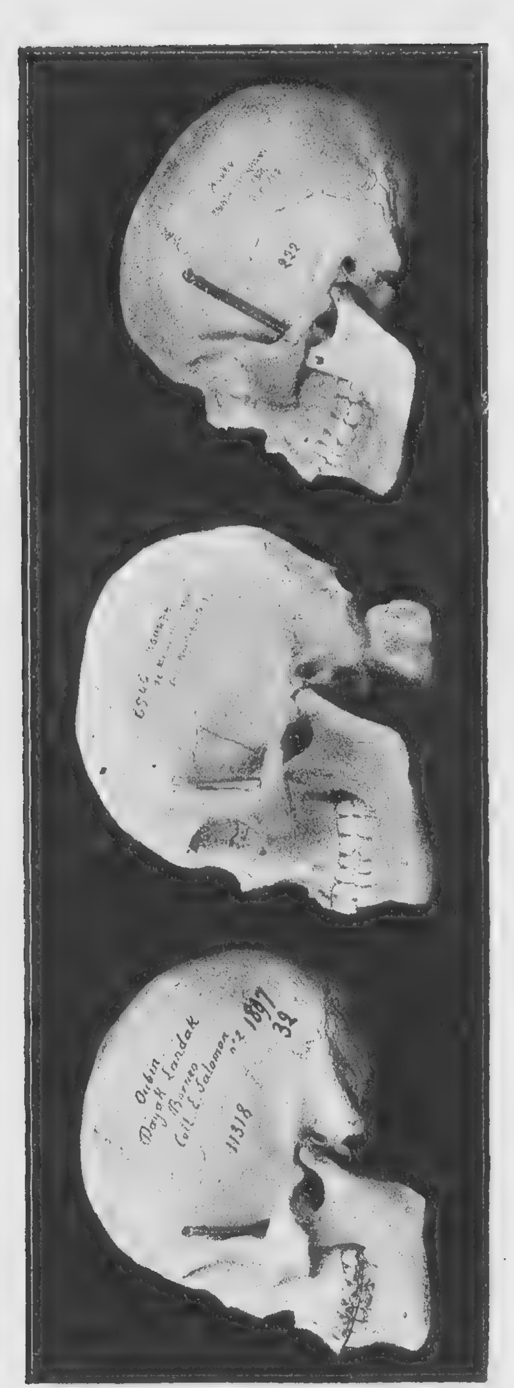


Fig. 7.

Fig. 6.

Fig. 5.

[illegible]

expression, dans la cavité glénoïde et il semble que le mouvement de glissement en avant décrit par tous les auteurs soit impossible (fig. 3, 4, 5). Au contraire, a-t-on affaire à une articulation se rapprochant de la ligne droite, résultant de l'articulation bout à bout des dents de bouche, l'on rencontrera une cavité glénoïde, large, volumineuse, ne présentant pas d'arrêtes osseuses ni en avant, ni en arrière, laissant des vides très nets, comblés par les fibro-cartilages entre les parois de cette cavité et la périphérie du condyle (fig. 2, 6, 7).

De l'ensemble du sujet qui vient d'être traité, on peut tirer comme conclusions que l'articulation dentaire, c'est-à-dire « *les rapports existant à l'état d'occlusion normale entre les dents du maxillaire supérieur et celles du maxillaire correspondant,* » varie, on peut le dire, suivant chaque sujet et que la question des articulateurs, le problème des mouvements de la mâchoire inférieure qui ont soulevé tant de polémiques entre confrères éminents de l'étranger, ne seront résolus que du jour où, laissant de côté les insertions musculaires ou plutôt les muscles de la mâchoire, l'attention aura été dirigée exclusivement sur l'anatomie de l'articulation temporo-maxillaire, sur la forme de la cavité glénoïde, sur la disposition des condyles, et non exclusivement, comme on l'a fait jusqu'ici, sur les muscles concourant à ouvrir ou fermer la cavité buccale.

ADRESSES UTILES

La ligne : 20 francs par an,
Lignes en sus : 10 fr. la ligne. } **dans 24 numéros.**

C. Ash et fils (*Fourn. gén.*) 22, rue du Quatre-Septembre, PARIS. **TÉLÉPHONE 294.47.**
Dr Bengué (*Anestile*), 47, rue Blanche, PARIS.
J. Fanguet, Georges Clotte, sr (*Impressions en t. genres*), 28, r. d'Enghien, PARIS.
Comptoir international (*Fourn. gén.*), 15, avenue Fonsny, BRUXELLES.
Contenau et Godart fils (*Fourn. gén.*), 7, r. du Bouloi, PARIS. **TÉLÉPHONE 214-53.**
Cornelsen (*Fourn. gén.*), 16, rue St-Marc. **TÉLÉPHONE 218.69.**
A. Debraux, profr (*Cert. d'Et. exigé des dentistes*), 17, faub. Montmartre, PARIS.
Vve Jules Friese (*Fournitures générales*), 3, rue de Londres, PARIS.
Alfred Joliot (*Fourn. gén.*), à la Cloche, 193, rue St-Martin. **TÉLÉPHONE 271.51.**
Mamelzer et fils (*Man. dent.*), 40, r. Croix-des-Petits-Champs, PARIS. **TÉL. 306.77.**
Al. Maylaënder (*Reliures en tous genres*), 66, rue Daguerre, PARIS.
A. Mellottée, imprimeur de *L'Odontologie* à CHATEAUROUX.
P. Périé fils (*Fournitures générales*), 7, place Lafayette, TOULOUSE.
B. Platschick (*Prothèse à façon*), 3, rue Ventadour, PARIS. **TÉLÉPHONE 222.82.**

Reymond frères (*Fournitures générales.*) **TÉLÉPHONE 312.91.**
22, rue Le Peletier, PARIS.
44, place de la République, LYON.
69, rue de la Croix-de-fer, BRUXELLES.
3, rue Petitot, GENÈVE.

Victor Simon et Cie (*Four. gén.*), 54, rue Lamartine, PARIS. **TÉLÉPHONE 269-45.**
Société coopér. des dent. de Fr., 45, r. de La Tour-d'Auvergne. **TÉLÉPH. 223.04.**

Société Française de Fournitures Dentaires. 58 bis, Chaussée-d'Antin, Paris **TÉLEPHONE 214-47.** *Grande exposition*, au dépôt de PARIS, de toutes les *Nouveautés dans l'outillage* de MM. les Dentistes.

Syndicat Français (*Recouvrements d'honoraires*), 131, boul. Sébastopol, PARIS.
Vve J. Wirth (*Manuf. dent.*), 22-24, av. Philippe-Auguste, PARIS. **TÉLÉPH. 923.48.**

REVUE CLINIQUE

CLINIQUE D'ANESTHÉSIE

SERVICE DU Dr FRITEAU,

Professeur à l'École dentaire de Paris.

Je viens d'examiner devant vous un malade qui désire se faire extraire douze dents, sept à la mâchoire supérieure, cinq à la mâchoire inférieure, et je vous ai expliqué les raisons qui m'ont déterminé à conseiller à ce malade une anesthésie générale par le chloroforme pour pratiquer l'opération nécessaire qu'il sollicite. Ces raisons, ainsi que celles qui me détermineront à l'avenir à conseiller une anesthésie générale pour des extractions dentaires, je vous les énumérerai dans tous leurs détails lors d'une prochaine leçon qui aura pour titre : indications générales de la chloroformisation en art dentaire. Aujourd'hui je me contenterai de vous exposer les recommandations que vous ferez à tout patient qui devra être soumis à un anesthésique général de longue durée, comme le chloroforme et l'éther, et les précautions que vous prendrez, tant pour la disposition de votre chambre d'opération que pour vous assurer de l'absence de contre-indications à l'anesthésie générale : c'est en un mot l' « *emploi du temps* » des quelques jours précédant l'intervention que j'essaierai de vous tracer. Je terminerai cette leçon en vous exposant les précautions à prendre après l'opération.

Après vous être assuré du consentement de votre patient, vous aurez le devoir de conférer avec son médecin ordinaire, et, tout en insistant sur les motifs qui vous font désirer l'anesthésie générale, vous vous rangerez à l'arrêt du médecin : son consentement mettra votre responsabilité à couvert ; son veto sera pour vous absolu. Ici, dans ce mi-

lieu hospitalier, nous remplaçons cette consultation du médecin de famille par un examen approfondi des organes de nos malades, et nous ne livrons pas au sommeil tout individu présentant l'une de ces contre-indications que mon distingué confrère et ami, le Dr Pinet, vous apprend dans ses cours théoriques.

Ceci dit, tout malade qui doit être soumis au sommeil chloroformique aura la bouche dans un état d'asepsie aussi parfait qu'il est possible ; vous aurez donc soin de procéder, durant les quelques jours qui précéderont le sommeil, à l'enlèvement complet du tartre. Vous obligerez votre patient à de très fréquents lavages de la bouche et du pharynx avec l'une des solutions ci-dessous :

Hydrate de chloral................	5 grammes.
Eau chloroformée saturée..........	250 grammes.
Eau bouillie......................	250 grammes.

ou

Eau oxygénée neutre..............	250 grammes.
Eau bouillie......................	250 grammes.

ou encore

Acide phénique cristallisé.........	5 grammes.
Glycérine.........................	50 grammes.
Essence de menthe................	V gouttes.
Eau bouillie......................	500 grammes.

Ces lavages de la bouche doivent être exécutés à raison d'un par heure environ ; chacun d'eux ne doit pas être fait, comme cela se pratique d'ordinaire, avec une *gorgée*, mais bien avec un demi-verre de la solution, qui sera employée chaude ou froide, au gré du malade. Il est bien entendu que le malade devra aussi se gargariser avec la solution choisie : je conseille toujours à mes patients de commencer par le lavage de la bouche et de reprendre une nouvelle dose pour laver la gorge, car je pense qu'il est fort peu aseptique de se gargariser avec une solution qui a déjà servi à laver la cavité buccale.

Ces lavages doivent être commencés 4 ou 5 jours avant l'opération. Si vous voulez approcher de la perfection, vous conseillerez à votre malade la désinfection de ses fosses na-

sales et de son pharynx nasal avec une pommade mentholée, que vous pourrez formuler ainsi :

Menthol	5 centigrammes.
Vaseline	10 grammes.

Mettre dans les deux narines, 3 à 4 fois par jour, gros comme un petit pois de cette pommade.

Avant de commencer la chloroformisation, vous augmenterez les chances d'asepsie opératoire en lavant vous-même la bouche et le pharynx de votre malade avec l'une des solutions antiseptiques ci-dessus. Pour ces lavages préopératoires, je me sers volontiers d'un entonnoir de verre relié à une canule de verre effilé par un tube de caoutchouc ; je place cet entonnoir à des hauteurs variant avec la force du jet à obtenir. Je préfère cet appareil à tout autre système (seringue, poire, etc.), parce que chacun de ses organes (entonnoir, canule de verre, tube de caoutchouc) est d'une stérilisation facile.

J'attache une très grande importance à ces précautions antiseptiques concernant votre malade ; je vous recommanderai pour vous-même, pour vos mains, pour vos instruments des soins d'antisepsie aussi sévères: nous aurons toujours, lorsque nous ferons une chloroformisation, un grand nombre d'extractions à pratiquer ; nous aurons de larges et multiples plaies qui se cicatriseront d'autant mieux qu'elles siégeront sur une muqueuse plus saine, qu'elles n'auront pas été souillées par des instruments septiques, et qu'elles seront par la suite mieux désinfectées.

Vous savez, messieurs, que tout individu à anesthésier par le chloroforme ou l'éther doit être *à jeun* ; il faut entendre par là qu'il ne doit avoir ni mangé ni bu depuis la veille ; le dernier repas du patient, lorsque vous opérez dans la matinée, sera le dîner du soir, veille de l'intervention. Cette nécessité de vacuité stomacale n'est pas suffisante : le malade doit être purgé la veille de l'opération. Les purgatifs que vous avez à votre disposition sont nombreux, depuis l'huile de ricin (40 à 60 grammes pour un adulte)

jusqu'aux limonades purgatives au citrate de magnésie (40 à 50 grammes de ce sel par bouteille), en passant par les eaux minérales de Rubinat (un verre à bordeaux), de Pullna (deux verres), d'Hunyadi-Janos (un à deux verres). Vous donnerez souvent la préférence aux limonades, de goût plus agréable, et que les patients absorberont avec moins de répulsion. Vous obtiendrez de votre malade que le repas qui suivra sa purgation n'ait lieu que vers 4 ou 5 heures de l'après-midi, et vous insisterez pour qu'il soit extrêmement léger : deux œufs à la coque, un peu de pain et une tasse de thé, par exemple.

La recommandation que vous devrez faire avec plus d'insistance dans cet ordre d'idées sera la privation absolue de toute boisson : les futurs opérés acceptent bien de ne pas manger ; ils se résignent très difficilement à ne pas boire. N'oubliez donc pas cette recommandation et veillez à ce qu'elle soit strictement suivie ; si votre malade, malgré vos conseils, a bu durant la nuit, vous devrez surseoir à l'intervention, sous peine de voir le sommeil troublé par d'incessants vomissements.

Dans mon service à l'Ecole dentaire, je résume ces diverses précautions en une ordonnance que l'on remet à chaque malade. Voici le libellé exact de cettte ordonnance :

Tout malade adulte, qui doit être soumis au sommeil chloroformique, sera astreint aux obligations suivantes :

I. — Durant les 5 ou 6 jours qui précèdent l'intervention, la bouche et la gorge seront lavées, au moins une fois toutes les 2 heures, avec un 1/2 verre de la solution ci-dessous :

Hydrate de chloral................	5 grammes.
Eau chloroformée saturée..........	250 grammes.
Eau bouillie.......................	250 grammes.

II. — La veille de l'intervention, prendre, en se levant, en deux ou trois fois, une bouteille de limonade purgative contenant 40 grammes de citrate de magnésie.

III. — Lorsque la purgation aura complètement terminé son effet, faire, vers cinq ou six heures du soir, un léger repas composé de deux œufs à la coque et d'une tasse de thé.

IV. — Ne plus manger, *ne plus boire*, à partir de ce repas jusqu'au moment de l'opération.

Est-ce que votre rôle est terminé lorsque vous avez fait à votre futur opéré chacune des recommandations qui précèdent ? Je ne le pense pas. Vous ferez sagement, dès que l'intervention sera résolue, de rassurer votre malade sur les dangers que lui font courir et la chloroformisation et l'opération dentaire. La peur, vous le savez, est un facteur important dans la genèse des syncopes primitives, d'autant plus graves qu'elles sont plus précoces et plus subites : il ne suffit pas de rassurer par quelques paroles le malade au moment même où il va être endormi ; il faut calmer à l'avance toutes ses appréhensions. Une intervention sous le sommeil provoque toujours, chez un malade et dans son entourage une émotion justifiée ; il appartient à vous seul de calmer cette émotion, dont la suppression permettra un début d'anesthésie plus régulier et partant moins alarmant. Ce résultat sera vite obtenu si, au cours des quelques visites précédant l'opération, vous pouvez mettre en face des craintes du patient les faits rassurants de votre pratique journalière et les multiples succès qu'au cours de vos études l'on vous aura appris.

Il est encore une question qui rentre dans le cadre de cette leçon : c'est celle de la disposition de votre salle d'opération. A l'École ou dans les services hospitaliers, nos malades sont étendus dans le décubitus horizontal sur des tables spéciales : la nôtre est d'une grande simplicité ; elle nous a permis, les années précédentes, sans aucune modification spéciale, d'opérer soit dans le décubitus horizontal complet, soit dans la position de Röse, c'est-à-dire la tête renversée en arrière, position qui me paraît simplifier beaucoup les extractions dentaires sous le chloroforme. Mais dans votre clientèle ordinaire, comment disposerez-vous votre malade ? Il ne faut pas penser au lit, dont la position basse, la largeur, l'absence de plan résistant, etc., vous créeront toutes sortes d'embarras. — Deux tables de bois blanc, comme il en existe dans toutes les cuisines, mises bout à bout, constituent une table par-

faite, autour de laquelle vous évoluerez aisément pour prendre les diverses positions nécessaires à vos différentes extractions. Recouvrez ces tables d'un drap blanc ; disposez-les près d'une fenêtre sans rideaux ni tentures. Il ne vous manque plus qu'une petite table pour recevoir les plateaux contenant vos instruments. Toutes ces dispositions seront prises dès la veille, afin d'éviter au patient les pénibles ennuis d'une attente de la dernière heure. Enfin, vous recommanderez que la chambre soit chauffée ; le thermomètre devra marquer au moins 20° centigrades.

Voilà, messieurs, ce qu'il faut faire *avant* l'opération : passons maintenant à la seconde partie de notre programme d'aujourd'hui : précautions à prendre après l'opération.

Tout malade qui a été soumis au sommeil chloroformique restera horizontalement étendu durant vingt-quatre heures : la tête, maintenue aussi basse qu'il est possible, ne reposera sur aucun oreiller. Le lit de repos sera chauffé par des boules d'eau chaude et deux ou trois couvertures de laine empêcheront le malade de prendre froid. Une garde sera installée durant la première journée ; elle veillera à ce que la tête du patient soit tournée de côté dès qu'un effort de vomissement se produira. Aucune boisson ne sera donnée durant les quatre premières heures. A partir de ce moment, l'on fera prendre au malade, par quantités aussi réduites qu'il est possible, soit du champagne frappé, soit du cognac mélangé avec de l'eau sucrée ; une cuillerée à bouche de l'une de ces boissons suffira à calmer la soif et ne sera pas susceptible d'augmenter les vomissements. Le malade sera autorisé à mettre, de temps en temps, dans sa bouche de petits morceaux de glace stérilisée : sa soif sera ainsi calmée et ses vomissements seront peut-être diminués. — Ce régime de boissons alcoolisées, par doses très fractionnées, sera continué durant vingt-quatre heures ; on le continuerait même davantage si les vomissements persistaient. Comme, dans notre pratique journalière, et avec la méthode des petites doses que nous employons ici une très petite quantité de chloroforme

est absorbée, l'élimination est rapide et les vomissements ne se prolongent jamais au delà de vingt-quatre heures. Un premier repas, œufs à la coque et thé, sera alors permis ; un repas semblable sera encore ordonné, et nous arriverons ainsi à la fin du deuxième jour après l'opération, date à laquelle le malade reprendra son régime habituel, à moins que son système dentaire, plus ou moins anéanti, n'empêche la mastication. Vous n'autoriserez le malade à quitter le lit qu'à cette même date.

Dès que l'opéré sera complètement réveillé, dès qu'il aura la conscience nette de tous ses mouvements, vous prendrez toutes sortes de précautions antiseptiques pour éviter l'infection des nombreuses plaies d'extraction. Chaque demi-heure le malade se lavera la bouche et la gorge avec une solution chloralée à 1 o/o ; il ne faut plus employer l'eau chloroformée, car le malade, qui élimine son chloroforme par les voies respiratoires, a une répugnance invincible pour tout ce qui lui rappelle l'odeur ou le goût de ce médicament. Ces lavages et gargarismes seront en outre faits après chaque vomissement. Si vous voulez avoir une cicatrisation gingivo-alvéolaire rapide, vous ferez vous-même, avec le procédé (entonnoir et canule de verre) que je vous ai indiqué tout à l'heure, des lavages intra-alvéolaires avec la même solution chloralée ; faites ces lavages sous pression deux fois par jour durant la première semaine et tâchez de les faire coïncider avec la fin des repas. Durant la seconde semaine, le malade continuera les lavages de bouche et il les multipliera autant qu'il est possible ; vous ferez sagement de pratiquer aussi un lavage intra-alvéolaire par jour. Lorsque ces précautions antiseptiques sont prises après des extractions multiples, l'on constate, au bout de quinze jours, un état parfait des gencives : les plaies d'extraction sont à peu près cicatrisées, le malade peut être abandonné à l'hygiène habituelle de sa cavité bucco-pharyngée.

RENSEIGNEMENTS UTILES

La ligne : 20 francs par an,
Lignes en sus : 10 fr. la ligne } **dans 24 numéros.**

ALLIAGE DENTAIRE

Contenau et Godart fils, 7, rue du Bouloi, PARIS, **TÉLÉPHONE 214.53.**

CERTIFICAT D'ÉTUDES.

Institut des Langues et des Sciences. A. Debraux, dir., 17, fg. Montmartre. 109 élèves reçus (noms et adresses publiés) ces dernières années, 100 francs du 11 août à novembre. Examens de 1902 : 36 reçus sur 44 élèves. **Les 4/5 du cours de 1901 et 1902 reçus.** Envoi sur demande des noms et adresses des diplômés.

Préparation spéciale par le Docteur **Achille LOMBARD** O. ▮ C. ❊. ancien Secrétaire du Jury de la Sorbonne, 3, boulevard Sébastopol, PARIS.

CONTINUOUS GUM

B. Platschick, 3, rue Ventadour (*Laboratoire spécial*). **TÉLÉPHONE 222.82.**

FOURNITURES GÉNÉRALES.

Comptoir international, 15, avenue Fonsny, BRUXELLES.

Contenau et Godart fils, 7, rue du Bouloi, PARIS. **TÉLÉPHONE 214.53.**

Cornelsen, 16, rue Saint-Marc, **TÉLÉPHONE 218.69.**

Vve Jules Friese, 3, rue de Londres, *près la Trinité*, PARIS.

Alfred Joliot (à la Cloche), 193, rue St-Martin. **TÉLÉPHONE 271.51.**

Colin Logan fils, 113, rue Réaumur, *près la Bourse*, PARIS. **TÉLÉPHONE 288.79.**

Mamelzer et fils, 40, rue Croix-des-Petits-Champs, PARIS. **TÉLÉPHONE 306.77.**

Reymond frères	22, rue Le Peletier, PARIS. **TÉLÉPHONE 312.91.** 44, place de la République, LYON. 69, rue de la Croix de fer, BRUXELLES. 3, rue Petitot, GENÈVE.

L. Riasse, 97, rue Montmartre (angle rue Réaumur), PARIS. **TÉLÉPHONE 283.75.**

Victor Simon et Cie, 54, rue Lamartine, PARIS. **TÉLÉPHONE 269.45.**

Société coopérative des dentistes de France, 45, rue de La Tour-d'Auvergne. **TÉLÉPHONE 223.04.**

Société Française de Fournitures Dentaires.	58 bis, Chaussée-d'Antin, Paris **TÉLÉPHONE 214.47.**	*Grande exposition*, au dépôt de PARIS, de toutes les *Nouveautés dans l'outillage* de MM. les Dentistes.

Vve J. Wirth, 22-24, avenue Philippe-Auguste, PARIS. **TÉLÉPHONE 923.48.**

Voir la suite page 146.

ÉCOLE DENTAIRE DE PARIS

ASSEMBLÉE GÉNÉRALE DU 27 DÉCEMBRE 1902

RAPPORT DE M. SAUVEZ,

Secrétaire général.

Mes chers confrères,

Tous les ans, depuis plusieurs années, j'ai la mission de vous tenir au courant, par le rapport en assemblée générale, des faits saillants qui ont intéressé pendant l'année courante notre école, notre dispensaire, notre société. C'est ce que je vais m'efforcer de vous montrer dans ces quelques pages, en résumant le plus possible, probablement même en faisant quelques omissions, dont je m'excuse d'avance.

I

ÉCOLE

A

Corps enseignant.

Ce que j'ai à vous dire au sujet de notre chère école tiendra la plus grande place dans ce rapport, car de jour en jour son importance augmente à tous points de vue. Je m'occuperai d'abord du corps enseignant, puis des élèves.

Le corps enseignant comprend, à l'heure actuelle, 72 membres, qui se répartissent comme suit :

	Dentistes.	Non dentistes.
Professeurs	17	13
Professeurs suppléants	6	1
Chefs de clinique, chefs de laboratoire	11	1
Démonstrateurs, assistants, préparateurs	22	1
	56	16

Les mutations suivantes ont eu lieu pendant le cours de l'année dans ce corps enseignant :

MM. Papot, professeur titulaire, a été nommé professeur honoraire.

Denis, démonstrateur, a été nommé démonstrateur honoraire.

Loup, professeur suppléant, a été nommé professeur titulaire.

De Croës, chef de clinique; Touvet-Fanton, chef de clinique, ont été nommés après concours professeurs suppléants.

Stévenin, démonstrateur, a été nommé après concours chef de clinique.

Ronnet, démonstrateur, a été nommé après concours chef de clinique.

Lalement a été nommé démonstrateur.

Bert a été nommé démonstrateur.

Desforges a été nommé préparateur.

Sénéchal a été nommé préparateur.

Paulme, Devoucoux, Jeay, Maire ont été nommés chefs de clinique.

Houdoux a été nommé démonstrateur.

De plus, les nominations suivantes ont été faites ces jours derniers après concours :

MM. Mahé et Baelen ont été nommés chefs de clinique de chirurgie dentaire.

Moysan, Bert ont été nommés chefs de clinique d'anesthésie.

Briola a été nommé démonstrateur journalier et M. Leconte, démonstrateur de prothèse.

Mahé a été chargé du cours préparatoire d'anatomie dentaire et M. Devoucoux du cours préparatoire de prothèse.

Je dois maintenant vous faire part des créations, organisations et extensions de cours opérées en 1902. En voici la brève énumération :

Création d'un laboratoire de radiographie sous la direction de M. Serres.

Réorganisation du laboratoire de bactériologie sous la direction de M. Ledoux.

Projet de création d'un cours pratique d'histologie sous la direction de M. Launois.

Création d'un cours théorique d'anatomie préparatoire à la dissection, confié à M. Julien.

Extension à 2 ans du cours théorique de physiologie, confié à M. Marié.

Extension du cours théorique de dentisterie opératoire, confié à M. Richard-Chauvin.

Extension des conférences de droit médical, 15 au lieu de 8, dont M. Worms est chargé.

La dissection à Clamart commencera dorénavant dès la 1re année d'école

Les services de prothèse sont ouverts tous les jours.

M. Viau, professeur, fait une clinique tous les mardis. M. Delair est tous les vendredis matins à l'école, et continue, maintenant qu'il est à Paris, comme autrefois lorsqu'il exerçait à Nevers, à donner un enseignement spécial de la prothèse restauratrice et surtout de la prothèse vélo-palatine, toujours avec le même désintéressement absolu, puisque son cours n'est pas rémunéré. Nous sommes heureux de le féliciter des services si nombreux et si importants qu'il veut bien rendre gratuitement à nos élèves et à nos malades, pour le plus grand bien des uns et des autres et la bonne renommée de notre institution.

Le jeudi matin, une clinique d'orthodontie a lieu sous la direction de notre ami Martinier. De même que pour la prothèse, les services d'anesthésie sont ouverts tous les jours à la clinique de l'école, comme dans des services spéciaux faits le mardi par M. Pinet, le mercredi par M. Friteau, le samedi par moi-même.

Les autres jours ont lieu des démonstrations d'anesthésie dans les cliniques spéciales, telles que celle du Dr Roy le lundi.

Le Conseil a voté la création de six conférences d'électrothérapie et de photothérapie qui seront faites par notre confrère le Dr Foveau des Courmelles, si cruellement éprouvé ces jours derniers.

Deux fois par semaine, fonctionne depuis le 1er décembre la clinique bi-hebdomadaire de bridges, dont la création s'imposait. Une nouvelle clinique médicale a été créée à l'école; elle est faite par M. le Dr Marie, attaché à l'institut Pasteur et professeur de pathologie interne à l'école, et donne de très bons résultats pour l'instruction de nos élèves.

La clinique de l'hôpital Boucicaut a été organisée sur de nouvelles bases. Nos élèves y allant quatre fois par semaine, par petits groupes, profitent mieux des excellentes leçons du professeur Bezançon.

L'extension sans cesse progressive de notre enseignement a de même nécessité des modifications à notre organisation.

La Direction générale de l'enseignement, confiée à M. Martinier, a été divisée en deux parties : la direction de l'enseignement spécial, que M. Martinier a bien voulu accepter, la direction de l'enseignement scientifique et médical, dont notre dévoué confrère le Dr Roy a consenti à assumer tout le poids. Dans le même ordre d'idées, divers services ont été centralisés pour être placés sous la direction d'un chef unique : c'est ainsi que le chef du service des cours préparatoires est le Dr Godon ;

Le chef du service des cliniques est le Dr Roy ;

Le chef du service de l'anesthésie est le Dr Pinet ;

Le chef du service de la dentisterie, M. Ronnet ;

Le chef du service de la prothèse, M. Martinier ;

En dehors de ces services qui fonctionnent dans l'école même, des cliniques dentaires hospitalières sont ouvertes à nos élèves dans les hôpitaux suivants :

Hôpital Broussais, Service du Dr Roy.

Hôpital d'Ivry, Service du Dr Roy.

Hôpital Bichat, Service du Dr Sauvez.

Hôpital Laënnec, Service du Dr Sauvez.

Hôpital Andral, Service du Dr Sauvez.

Hospice Sainte-Anne, Service de M. Poinsot.

Asile de Vaucluse, Service de M. Martinier.

Je voudrais m'étendre sur ces créations, ces changements d'organisation, dont l'importance ne vous échappe pas, mais leur énumération seule est déjà bien longue et je ne puis, à mon grand regret, vous exposer les raisons qui ont décidé les membres du Conseil à prendre ces mesures dans de multiples séances, précédées et suivies de nombreuses réunions du bureau et des commissions, dans lesquelles ceux qui ont l'honneur et la responsabilité de diriger cette école ont fait valoir longuement les arguments pour et contre.

Que cette énumération serve seulement à vous donner une preuve de la vitalité de l'institution qui est la base de cette société et surtout une preuve du travail considérable fourni par tous ceux qui ont la charge de l'enseignement, quelles que soient leurs fonctions.

Aussi M. le Ministre de l'Instruction publique, dans une séance dont l'éclat est encore dans toutes les mémoires, a-t-il récompensé certains de nos collègues et l'institution tout entière en distribuant les distinctions suivantes :

A MM. Blocman et Bonnard la rosette d'officier de l'Instruction publique.

A MM. Gillard et Billet les palmes d'officier d'Académie.

Pendant le courant de l'année, MM. Godon et Denis ont été nommés officiers de l'Instruction publique.

A cette séance également, notre collègue M. Heïdé a reçu une médaille d'or qui lui a été offerte par le Conseil de direction pour les services qu'il rend depuis si longtemps à notre enseignement.

Je ne puis insister plus longtemps sur ce qui a trait au corps enseignant ; je voudrais cependant adresser à tous ceux qui travaillent les remerciements qu'ils méritent, mais la liste serait trop longue et d'ailleurs ce rapport doit vous mettre au courant des faits, plus encore que des personnalités.

Toutefois, je croirais manquer à tous mes devoirs si je ne cherchais à faire ressortir les services rendus par celui d'entre nous qui a la mission, souvent ennuyeuse, de rappeler à l'ordre les retardataires ou ceux qui marquent un refroidissement momentané, et qui est obligé parfois d'oublier les amitiés les plus vives pour ne voir que le but à obtenir, c'est à dire notre collègue et ami M. Martinier, directeur adjoint. Il dirige notre enseignement avec ardeur, avec zèle, avec énergie, et est intraitable sur le chapitre des absences ou du ralentissement. Malgré ce rôle ingrat, nous reconnaissons tous qu'il apporte dans ces délicates fonctions toute la bonne confraternité possible et toute l'amabilité compatible avec le service.

Il consacre à l'école la plupart de ses soirées, soit pour l'administration, soit pour l'enseignement ; il y consacre la journée du jeudi en totalité et tout le temps qu'il peut distraire de sa pratique professionnelle. Je crois me faire votre interprète en lui exprimant toute notre gratitude.

B

Élèves.

J'aborde maintenant ce qui concerne les élèves. Un chiffre suffit pour vous donner la situation de notre école à ce point de vue : nous avons à l'heure actuelle 220 élèves, chiffre dont nous avons tout lieu de nous réjouir, mais qui nous montre aussi la lourdeur et la difficulté de notre tâche.

La grande majorité de ces élèves entre à l'école avec le certificat spécial, c'est-à-dire l'ancien certificat de grammaire modifié par le décret de juillet 1893.

Une minorité possède un des baccalauréats ou le certificat d'études primaires supérieures. Les autres sont inscrits comme élèves irréguliers.

Nous n'avions l'année derrière que 212 élèves. Il y a donc une augmentation de 8.

Ces élèves sont divisés en un certain nombre de groupes, permettant simultanément le fonctionnement de plusieurs services. M. Fringnet, inspecteur d'Académie, a pu s'assurer dans ses visites à l'école du bon fonctionnement de nos services et de la régularité avec laquelle nous ne délivrons les inscriptions qu'après constatation des travaux exécutés.

Nous ne sommes pas absolument satisfaits du résultat obtenu, malgré les efforts du corps enseignant, au point de vue purement technique et pratique, qui nous tient le plus à cœur et nous désirerions que les élèves qui sortent de notre école fussent tous de bons mécaniciens et de bons opérateurs, ce qui sera le cas, plus tard, nous l'espérons, par suite surtout de la création de la 4e année d'études et du perfectionnement des travaux pratiques. Nous sommes paralysés par la nécessité de préparer les jeunes gens aux examens d'État, dont nous persistons à déplorer l'orientation; nous faisons actuellement et nous ferons sans cesse des efforts pour obtenir que ces examens soient modifiés, par la limitation du programme des deux premiers, et par la transformation du troisième, lequel ne prouve pas, à notre avis, que le dentiste qui l'a subi soit un bon praticien. Toutefois, si nous nous en tenions au critérium de l'examen d'État, nous aurions tout lieu d'être contents, puisque, comme je le disais dans un rapport récent, sur 25 élèves de notre école qui se sont présentés au 1er examen, à la session de novembre 1902, 23 ont été admis, soit une proportion de 92 o/o, et sur 45 élèves de notre école qui se sont présentés cette année au 3e examen, c'est-à-dire qui avaient déjà subi avec succès le premier et le deuxième, 35 ont été reçus, soit une proportion d'environ 80 o/o.

Nous comptons beaucoup sur la 4e année, qui nous a donné cette année de bons résultats, puisque 12 élèves suivent les cours. Nous prions à ce propos les professeurs de dentisterie opératoire et de prothèse d'insister de plus en plus sur la partie technique. Nous espérons aussi que les élèves, qui sont en relations constantes et journalières

avec nous tous, comprendront la nécessité absolue de cette partie de l'enseignement et se persuaderont, grâce à nos efforts, que le but que nous poursuivons n'est pas de faire des médecins médiocres des maladies de la bouche, mais surtout et avant tout de bons opérateurs et de bons mécaniciens.

Le nombre de nos élèves, sans cesse plus élevé, les créations de nouveaux cours, le développement donné à tous nos services ont nécessité des agrandissements successifs du local : le laboratoire de prothèse a été agrandi et augmenté d'un étage, et l'amphithéâtre principal notablement élargi et nous sommes actuellement, en dépit de tous ces agrandissements, acculés à la nécessité de prévoir pour un avenir très prochain de nouvelles et importantes dépenses.

Comme vous le voyez, la petite école qui a commencé dans un appartement de la rue Richer a grandement prospéré. Un nombre considérable d'étudiants de tous pays viennent à nous pour rechercher l'enseignement de notre école, qui, la première en France, a créé l'enseignement de la dentisterie.

M. Papot, notre dévoué administrateur général, assume la plus grosse partie de la lourde tâche de diriger cette foule d'étudiants, et, avec une bonne volonté que rien ne lasse, il fait son possible pour les répartir au mieux des intérêts de l'enseignement et pour éviter les récriminations inévitables, en tenant compte de la diversité de leur instruction, de leur éducation, de leurs pays, de leurs caractères.

Je suis certain que vous serez tous d'avis de lui adresser de sincères remerciements pour le dévouement qu'il montre incessamment à notre administration et pour les services qu'il est toujours prêt à rendre à tous, élèves, professeurs ou membres de cette société.

C

Malades.

Le nombre des malades augmente, mais pas encore assez au gré de nos désirs, étant donné celui de nos étudiants.

Le total des entrées au dispensaire pendant l'année 1901-1902 a été le suivant:

1901.	Novembre	3.011
	Décembre	2.161
1902.	Janvier	3.857
	Février	3.350
	Mars	3.246
	Avril	3.535
	Mai	4.745
	Juin	5.707
	Juillet	4.677
	Août	2.094
	Septembre	2.663
	Octobre	3.624
	Total	42.670

Ce chiffre est notablement supérieur à celui des années antérieures.

II

SÉANCES D'OUVERTURE DES COURS ET DE DISTRIBUTION DE RÉCOMPENSES.

Vous avez vu, mes chers confrères, que nous avons introduit des modifications considérables dans les séances d'ouverture des cours et de distribution des récompenses.

Nous avons divisé la séance unique en deux séances: la première a eu lieu à l'école dans la première semaine de la reprise des cours; MM. le Dr Roy et Marie y ont fait, l'un un discours sur l'enseignement, l'autre une leçon inaugurale; la deuxième a eu lieu à la salle des Agriculteurs de

MM. Wisner, Paris. 18 décembre 1992.
Dr Henry, Cherbourg. 18 —

Les trois membres qui ont demandé leur réintégration sont MM. Dyssli, d'Evreux, réintégré le 26 novembre 1901 ; de Flaugergues, réintégré le 4 novembre 1902 ; Lefèvre, de Parthenay, réintégré le 25 novembre 1902. Nous avons eu dans le cours de l'année cinq démissions : celles de MM. Gullikers, de Liège ; Viers, de Philippeville ; Touzée, de Paris ; Wright, de Londres ; Lapière, de Paris.

Quatre membres sont décédés : MM. Debray, père ; Connort; Hirsch-Weill et Martial-Lagrange. Je prie les familles de ces membres, et particulièrement celles de M. Debray père et de M. Martial-Lagrange, qui ont été avec nous dès la création de la société, d'agréer nos condoléances sincères et nos profonds regrets pour la perte cruelle qu'elles ont faite. Un des amis de cette école est récemment décédé aussi, M. J. Pinard, adjoint au maire du 9e arrondissement, qui a souvent honoré de sa présence nos séances d'ouverture des cours. Nous adressons également à sa famille l'assurance de nos regrets.

En additionnant ainsi les disparus et les démissionnaires, nous voyons que notre société a perdu 9 membres, tandis qu'elle s'est accrue de 54 nouveaux, soit une augmentation de 45.

L'augmentation de 1901 sur 1900 n'était que de 31 et l'augmentation de 1900 sur 1899 n'était que de 26. Nous sommes donc dans des conditions de recrutement parfaites.

J'ai la pénible mission de vous demander la radiation de deux membres de cette société, déjà révoqués de leurs fonctions de démonstrateurs dans cette école, après avis du corps enseignant. MM. X... et Z. Ces deux membres ont été régulièrement convoqués par lettre recommandée, conformément à l'article 15, page 39, des statuts. Si quelque membre le demande, je vais donner connaissance de l'ordre du jour présenté par le Conseil de famille et voté par le Conseil de direction.

IV

RAPPORTS EXTÉRIEURS DE L'ÉCOLE

Je ne puis passer sous silence les rapports de l'école avec les grandes administrations.

Nos relations avec l'Assistance publique sont excellentes et le distingué directeur de cette grande administration, M. Mesureur, n'a pas oublié qu'il a été président d'honneur de notre école ; vous vous souvenez certainement que M. Mesureur a accepté plusieurs fois de présider notre séance d'ouverture et qu'il nous a fait, tout récemment encore, le grand honneur d'assister à notre séance de distribution des récompenses, ainsi que M. Strauss, ami dévoué de notre institution. Nous les remercions bien vivement de nous avoir apporté l'appui précieux de leur présence et de leur influence à cette occasion.

Nos rapports avec l'Académie de Paris sont des plus corrects et dans les quelques circonstances où cette administration a été à même de contrôler la scolarité de l'École dentaire de Paris, elle a toujours reconnu la parfaite régularité de nos inscriptions. M. Fringnet, inspecteur d'Académie, nous a montré l'estime dans laquelle il tenait notre école en assistant également à notre fête de distribution des récompenses, aux côtés de M. le ministre de l'Instruction publique. Nous l'en remercions également.

Nos relations avec la Faculté de médecine sont aussi des meilleures; nous avons eu l'honneur, M. Godon et moi, d'être reçus ces jours derniers par le nouveau doyen, M. le professeur Debove, qui nous a montré une bienveillance parfaite et qui nous a donné des conseils utiles au sujet de réformes que nous lui proposions. Cette unanimité dans les rapports de notre école avec les pouvoirs publics nous prouve que l'on apprécie en haut lieu les efforts considérables que l'école a faits depuis vingt-deux ans, c'est-à-dire depuis sa fondation, pour créer et perfectionner de jour en jour l'enseignement dentaire en France et qu'on reconnaît qu'elle

est un auxiliaire précieux de l'Assistance publique, de la Faculté de médecine et de l'Académie de Paris.

V

RÔLE AU DEHORS

Je ne saurais terminer ce rapport sans vous dire quelques mots de l'influence et de la situation du Groupement de l'École dentaire de Paris en France et à l'étranger.

L'année qui vient de s'écouler ne le cèdera pas en importance, au point de vue des événements accomplis, aux années précédentes.

L'Association française pour l'avancement des sciences, qui nous avait ouvert ses portes l'année dernière, à la suite des démarches de notre président, a tenu sa session annuelle cette année à Montauban et la Section d'Odontologie, que j'avais l'honneur de présider, a vu naître des communications remarquables qui ont marqué indiscutablement une étape heureuse dans la vie scientifique professionnelle.

La prochaine session aura lieu cette année à Angers et nous sommes certains que l'attrait de ce beau pays contribuera à entraîner des membres de plus en plus nombreux à la Section d'Odontologie, qui sera présidée par notre ami Delair et dont la création a consacré encore plus l'autonomie de l'art dentaire, comme nous le soutenons dans la déclaration de principes que nous avons élaborée cette année et qui marque bien, ainsi que nous le désirions, notre orientation et notre pensée.

De même, à Montauban, a eu lieu à la même époque, au mois d'août, une session des plus importantes de la Fédération dentaire nationale, qui s'était réunie précédemment au mois de juin à Paris.

Enfin, la Fédération dentaire internationale a tenu sa session annuelle à Stockholm et une nombreuse délégation de l'École dentaire de Paris a soutenu les idées de notre Groupement devant les représentants étrangers, pendant que, d'autre part, l'école avait envoyé des délégués au Congrès

annuel du Central Verein deutscher Zahnärzte à Murich.

L'année qui va s'ouvrir dans quelques jours promet d'être également très intéressante. Une session de la Fédération dentaire nationale doit se tenir à Paris, vers le 20 avril, et une autre à Angers au mois d'août.

La session annuelle de la F. D. I. aura lieu à Madrid, vers l'époque du Congrès international de médecine qui se réunira dans cette ville et plusieurs membres de cette école ont eu l'honneur d'être désignés comme rapporteurs à la Section d'Odontologie.

J'ai abusé de votre patience, mes chers confrères ; je vous prie de m'en excuser. Je n'ai pas, je crois, fait autre chose qu'une énumération très brève des faits saillants que vous deviez connaître.

Cette énumération suffit, d'ailleurs, pour vous montrer, par sa longueur, la vitalité de notre institution, la force de notre société, l'influence qu'a prise dans la monde professionnel, en France comme à l'étranger, le Groupement de l'École dentaire de Paris, grâce à votre bonne volonté, à votre travail, au fait que chacun de vous a apporté sa pierre à l'édifice, et, je le dis en terminant, sans crainte d'être démenti, grâce à l'intelligence toujours en éveil et à l'énergie inlassable de celui qui est, depuis plus de vingt ans, l'âme de notre groupement et notre chef incontesté, M. le Dr Godon.

RAPPORT DE M. J. D'ARGENT,

Trésorier.

Messieurs et chers confrères,

Ainsi que le constatent les comptes de notre société, arrêtés le 31 octobre 1902, et dont un exposé vous a été remis, nos recettes de cette année se sont élevées à 106.728 fr. 99 et nos dépenses à 106.026 fr. 60, laissant un solde créditeur de 602 fr. 39.

Il y a donc eu un mouvement de fonds dépassant notable-

ment 200.000 fr., exactement 212.855 fr. 60, dénotant la prospérité toujours croissante de l'École dentaire de Paris.

Ainsi que je l'affirmais à la fin de l'exercice précédent, notre Conseil d'administration, continuant l'œuvre si bien édifiée par ses prédécesseurs et justifiant notre devise « Union-Progrès », se livre à un travail incessant sur toutes les branches de notre institution, ce qui lui permet d'apprécier le terrain parcouru et mieux encore ce qui reste à faire pour élever notre enseignement à la hauteur des progrès les plus modernes. C'est pourquoi il se montre avide d'améliorations, de perfectionnements et même d'innovations.

Or, les améliorations, les perfectionnements et surtout les innovations impliquent nécessairement des accroissements de dépenses, auxquelles votre trésorier doit chercher à faire face et dont il a le devoir de vous entretenir, au cours de cette assemblée générale, réservée à l'examen des intérêts pécuniaires de la société autant qu'à celui de sa situation morale.

Les progrès que nous recherchons procèdent de notre propre expérience et aussi de ce qu'apprennent chez nos voisins les membres de notre société qui consentent à nous représenter à l'étranger, dans les congrès auxquels l'École dentaire de Paris s'intéresse tout particulièrement.

En collaborant le plus largement possible à des manifestations d'ordre scientifique ou pédagogique, dont profitent les intérêts généraux de l'odontologie en France, l'École dentaire de Paris s'honore et s'élève.

Nous devons donc tous applaudir aux efforts de ceux qui ont la direction de notre enseignement et de notre politique professionnelle ; mais cela ne peut suffire !

Il faut aussi — et il est malheureusement péremptoire de le faire en même temps et de mêler la question matérielle à la question sentimentale — préparer les moyens financiers de mettre nos projets en pratique.

Or, il existe chez nous deux choses qui ne progressent pas dans la même proportion : le travail et la caisse.

Le travail coule à flots, mais déborde quand même ; la caisse coule à flots également, mais s'anémie et s'épuise.

Ce double état de chose est la caractéristique même de cette Société : *Dévouement* et *désintéressement*. On y parle sans cesse de progrès, c'est-à-dire, de dépenses ; on ne souffle mot de recettes.

Or, messieurs, vous voudrez bien excuser votre trésorier, s'il vient agiter devant vous cette question qui vous laisse si indifférents : *l'argent*. Et après tout, pourquoi ne nous en préoccupons-nous pas plus souvent et seulement lorsque des nécessités impérieuses se dressent devant nous ?

C'est parce qu'aucun de nous n'a d'intérêt personnel à sauvegarder dans cette institution, parce qu'il n'y a aucun capital à rémunérer, parce que, enfin, nous pratiquons l'enseignement en *mutualité*. C'est par application de la mutualité que nous distribuons, que nous dépensons sans compter, retenus seulement par le câble qui nous lie quand même au trésorier, souvent bien malmené. Acte de mutualité également, notre souci de consacrer à l'enseignement la totalité de nos recettes pour le plus grand bien de nos élèves.

Ceci établi, vous le voyez, messieurs, le chapitre des recettes, qui prend chaque jour plus d'importance, doit avoir sa place dans vos discussions, sans soulever vos scrupules, et c'est délibérément que vous pouvez examiner toutes les questions qui s'y rattachent, en vous pénétrant bien que l'avenir de notre enseignement en dépend littéralement.

Mais, si pour l'exercice qui commence, aucune proposition ne vous est faite, — le Conseil ayant pu établir un budget, avec nos moyens actuels, — on ne peut vous dissimuler qu'il a fallu écarter bien des propositions intéressantes, et même urgentes, pour maintenir l'équilibre entre les dépenses et les recettes.

Or, l'année prochaine, pour donner à notre enseignement un nouvel et important essor, nous nous trouverons dans l'obligation d'augmenter considérablement nos recettes, et comme nous ne pouvons, malheureusement, compter sur

des *dons,* c'est aux bénéficiaires directs des progrès entrevus qu'il faudra nous adresser : *aux élèves.*

Le passé établit surabondamment que leurs nouveaux sacrifices leur seront rendus avec usure, en science et savoir de toute nature.

L'évolution de notre établissement est elle-même liée naturellement à cette sorte de coopération mutuelle d'enseignement, administrée par un Conseil totalement désintéressé. En effet, les frais de scolarité, partis d'un chiffre assez modeste, répondant aux seules nécessités du moment, sont montés progressivement au taux actuel, au fur et à mesure de l'extension de notre programme d'études.

Nos élèves ont continuellement sanctionné nos décisions à cet égard, en s'inscrivant en nombre toujours plus grand, et c'est avec un légitime orgueil que nous voyons les inscriptions pour l'année scolaire 1902-03 s'élever actuellement à 220.

Ainsi que vous pouvez vous en rendre compte, messieurs, l'avenir continue à nous sourire et, grâce à l'emploi libéral et bien ordonné des recettes possibles, nous sommes certains d'augmenter encore notablement le succès de notre œuvre.

Tout se développe et prospère dans notre société : ainsi, le nombre de nos sociétaires s'est également accru pendant l'année dont je vous rends les comptes.

Au 31 octobre 1901, la société comprenait....................	395	membres titulaires.
Pendant l'exercice il y a eu..	41	admissions.
Formant un total de...	436	membres.
Par contre il y a eu	16	démissions et décès.
De sorte qu'au 31 octobre 1902 la société comprend...........	420	membres.

Si, à ce nombre, nous ajoutons les membres honoraires, ainsi que les pupilles, nous constatons que notre groupe se compose de 753 membres.

Nos fonds disponibles, au 31 octobre 1902, se décomposent ainsi :

Caisse	693 fr.	99
Petites caisses	500	00
Compte en Banque	6.440	92
Legs Lecaudey	8.200	00
Effets à recouvrer	1.428	15
Avances sur loyers	8.530	00
Prix Lecaudey et divers	1.508	00
Dons et souscriptions	2.300	00
Réserve de prévoyance	12.787	40
Réserve statutaire	15.892	14
Soit, au total	58.550 fr.	60
Contre le chiffre du précédent inventaire	57.217	81
Soit une augmentation de	1.332	79

Au nom du Conseil d'administration, j'ai l'honneur de vous prier de ratifier ces comptes, ainsi que le projet de budget pour l'exercice 1903-04 comportant :

En recettes	112.500 fr.	
En dépenses	111.789	15

L'augmentation constante du nombre de nos élèves, le développement et l'importance croissante de nos services, nous ont imposé le devoir d'étendre proportionnellement le nombre de nos professeurs.

Il en a été de même en ce qui concerne les employés. Nous cherchons à améliorer, dans la mesure du possible, la situation d'un personnel fidèle et dévoué, afin de pouvoir compter sur lui, comme il peut compter sur nous, et de réaliser l'union de tous les éléments concourant à l'œuvre commune, selon leurs moyens.

En dehors de ces deux points, je ne vois rien de particulier à vous signaler dans le budget, dont un exemplaire vous a été remis. Il s'inspire des précédents, dont les prévisions se sont toujours réalisées, au plus grand avantage de notre situation financière. Nous avons la conviction qu'il en sera de même cette année.

RENSEIGNEMENTS UTILES

La ligne : 20 francs par an,
Lignes en sus : 10 fr. la ligne } **dans 24 numéros.**

HOTELS

Gr. Hôtel Dieppe, 22, r. d'Amsterdam, PARIS. Ch. tr. conf. dep. 3 fr.

IMPRESSIONS EN TOUS GENRES.

A. Mellottée, imprimeur de *L'Odontologie,* à CHATEAUROUX.
J. Fanguet, Georges Clotte, successeur, fournisseur de l'*École Dentaire,* 28, rue d'Enghien, à PARIS.

MATIÈRES OBTURATRICES.

Email Plastique. **Vve Jules Friese,** 3, rue de Londres, PARIS.
Amalgame Fellowship.
L'Or Universel.
Ciment Vilcox.
} Société Française de Fournitures Dentaires. TÉLÉPHONE 214-47.

OPALINE, MIROIRS DE BOUCHE.

L. Deglain, 88 et 92, quai Jemmapes, PARIS.

PRODUITS ANESTHÉSIQUES.

Anestile. **Dr Bengué,** 47, rue Blanche, PARIS.
Anesthésique local du Dr R. B. Waite.
Somnoforme.
} Société Française de Fournitures Dentaires. TÉLÉPHONE 214.47.

PRODUITS PHARMACEUTIQUES

Dentino-pulpine, *Baume* et *Pâte,* chez tous les fournisseurs.
Formyl-Géranium.
Obtunda, insensibilisation de la dentine.
Renalia, adrénaline.
Xyléna. Liquide antiseptique.
} Société Française de Fournitures Dentaires. TÉLÉPHONE 214-47.

PROTHÈSE A FAÇON.

Lalement et Coutif, 5, rue de Laborde (Travaux artistiques). TÉLÉPHONE 550.73.
Charles Mille, 15, rue du Four, PARIS-6e.
B. Platschick, 3, rue Ventadour (*Laboratoire spécial*). TÉLÉPHONE 222.82.

RECOUVREMENTS D'HONORAIRES.

Syndicat Français, 131, boulevard de Sébastopol, PARIS.



JURISPRUDENCE PROFESSIONNELLE

L'Odontologie fait traiter ici par son collaborateur spécial les questions de jurisprudence que ses lecteurs désirent faire élucider.

La revue *Les Lois nouvelles* (1er août 1902) contient une *note du Ministre de la Justice*, de mars-avril 1902, sous cette rubrique : *Application de la loi du 30 novembre 1892 sur l'exercice de la médecine et de la loi du 10 juillet 1896 relative à la constitution des universités. — Diplôme d'Etat et diplôme universitaire. — Enregistrement.*

Elle est ainsi conçue :

La loi du 30 novembre 1892 sur l'exercice de la médecine renferme en ses articles 9 et 10 des dispositions très nettes au sujet de l'enregistrement des diplômes de docteur en médecine par les greffiers des tribunaux de première instance ; ces dispositions ne prêtent à aucune ambiguïté. Mais, à l'époque où cette loi a été promulguée, il n'existait qu'un seul diplôme de docteur en médecine, le *grade d'Etat*. Or, depuis la mise en vigueur de la loi du 10 juillet 1896 relative à la constitution des Universités, un nouveau titre a été créé : le doctorat universitaire, *mention médecine*.

Dans ces conditions, et pour éviter toute confusion entre les deux diplômes, il convient que MM. les Présidents des tribunaux se pénètrent des différences qui existent entre le *grade d'Etat* et le *titre universitaire*, et les signalent aux greffiers de leur juridiction.

Ces différences sont les suivantes :

I. *Grade d'Etat*. — Le diplôme d'Etat conserve son caractère exclusivement national et professionnel ; il ouvre droit à l'exercice de la médecine en France.

Les étrangers ne sont admis à s'inscrire en vue de ce diplôme qu'en justifiant des mêmes grades exigés des étudiants français.

Le diplôme d'Etat seul doit être enregistré au greffe du tribunal civil de l'arrondissement du titulaire, en application des dispositions des articles 9 et 10 de la loi du 30 novembre 1892.

Il y a lieu de remarquer :

1° Que ce diplôme est conféré au nom de la République ;

2° Qu'il est signé, pour expédition conforme, par le directeur de l'enseignement supérieur et revêtu du sceau du Ministère de l'Instruction publique ;

3° Qu'il est délivré par le recteur de l'Académie dans le ressort de laquelle se trouve la Faculté de médecine qui a fait subir les examens probatoires.

II. *Titre universitaire*. — Les étrangers sont admis à faire leurs

études médicales dans les universités françaises à la faveur d'une dispense de grade de bachelier; mais, en application des dispositions d'une circulaire en date du 21 juillet 1896, le diplôme qu'ils reçoivent à la fin du cours régulier des études (diplôme universitaire) ne leur confère que le droit d'exercer la médecine en France.

Le diplôme universitaire est d'ordre purement scientifique et ne vaut que comme preuve scientifique Il ne confère aucun des droits et privilèges attachés au diplôme d'Etat, et, en aucun cas, il ne peut lui être déclaré équivalent.

Ce diplôme est délivré au président du Conseil de l'Université, sous le sceau et au nom de l'Université, et non par le Gouvernement.

Le diplôme universitaire de docteur en médecine ne conférant pas le droit d'exercer la médecine en France ne doit point être enregistré dans les conditions déterminées par les articles précités de la loi sur l'exercice de la médecine.

Il convient d'ajouter que les Français ne sont pas admis à postuler le titre universitaire, qui est exclusivement réservé aux étrangers.

Observation. — Comme le dit très bien cette note, elle ne vient point fixer un point douteux : les dispositions de la loi du 30 novembre 1892 ne prêtent là-dessus à aucune ambiguïté. (V. au surplus Circulaire min. just., 21 juillet 1896.)

Ainsi, il y a deux diplômes : le diplôme normal ou d'Etat, donnant seul le droit d'exercer la médecine en France, acquis après des études identiques pour tous et la production du diplôme de bachelier de l'enseignement classique — lettres, philosophie — et du certificat de sciences physiques, chimiques, naturelles (*P. C. N.*), et le diplôme des étrangers qui ne veulent pas s'établir en France, et auxquels, il ne confère pas, du reste, le droit d'exercer.

Le diplôme universitaire ne saurait être enregistré comme l'autre, et cette interdiction consacre les intérêts de nos nationaux contre la concurrence étrangère.

F. W.



DOCUMENTS PROFESSIONNELS



UNIVERSITÉ DE FRANCE

ACADÉMIE DE PARIS

Paris, le 24 janvier 1903.

—

CHIRURGIENS-DENTISTES

—

Etudiants sous les drapeaux.

Monsieur le Directeur,

J'ai consulté M. le Ministre sur la question de savoir si les élèves des écoles libres dentaires accomplissant leur service militaire peuvent être autorisés à faire acte de scolarité pendant le temps de leur présence sous les drapeaux.

M. le Ministre me répond (23 janvier):

« Ces étudiants n'étant pas admis au bénéfice des dispositions de
» l'article 23 de la loi du 15 juillet 1885, j'estime avec vous qu'il y a
» lieu de leur faire application de la jurisprudence adoptée à l'égard
» des étudiants des Facultés incorporés pour trois ans.

» Si donc ces élèves obtiennent de l'autorité militaire les exemp-
» tions de service qui leur sont nécessaires pour suivre les exercices
» scolaires, ils doivent être admis à prendre régulièrement leurs ins-
» criptions, sous la réserve d'une *présence effective aux cours* et *tra-*
» *vaux pratiques* de l'Ecole à laquelle ils appartiennent. »

Vous voudrez bien assurer, en ce qui vous concerne, l'exécution de ces dispositions.

Recevez, monsieur le Directeur, l'assurance de ma considération distinguée.

Le Vice-recteur :
LIARD.

M. le Directeur de l'Ecole dentaire de Paris, 45, rue de La Tour-d'Auvergne.

DEMANDES ET OFFRES

1 **DEMOISELLE INSTRUITE, bien élevée,** sachant parfaitement *l'anglais*, demande place de **SECRÉTAIRE** chez un **DENTISTE**. — A occupé déjà un emploi analogue. — Ecrire *par poste* aux initiales D. S., aux soins de M. Papot, 45, rue de La Tour-d'Auvergne, à Paris. (**115-5**).

2 **Bon mécanicien,** au courant de tous les **TRAVAUX DE PROTHÈSE,** *excellentes références*, demande place à Paris. — Ecrire *par poste* à M. Rouzé, 79, rue de Seine, à Paris. (**1-3**).

3 Un **ancien dentiste**, au courant de la **COMPTABILITÉ**, demande à entrer en relation avec un ou plusieurs confrères pour tenir leurs livres. — S'adresser au bureau du Journal aux initiales M. D. S. (**2-3**).

4 **APRÈS FORTUNE FAITE**, à *remettre avantageusement* **établissement dentaire 1er ORDRE, maison grandiose,** *Ville industrielle, commerciale des plus riches*, en Belgique. — On resterait associé au besoin. — Ecrire *par poste* aux initiales X. B., aux soins de M. Papot, 45, rue de La Tour-d'Auvergne, à Paris. (**3-3**).

5 **A CÉDER**, pour *cause de maladie subite*, **cabinet dentaire** en *province*, fondé depuis neuf ans, faisant 14.000 francs d'affaires en moyenne ; frais minimes, installation parfaite, loyer 500 francs, très bonne clientèle. — Succursale d'un bon rapport aux environs, **prix absolument avantageux**. Ecrire *par poste* aux initiales R.G.D. aux soins de M. Papot, 45, rue de La Tour-d'Auvergne, Paris. (**4-3**).

6 ***Très bon et sérieux Dentiste diplômé,*** *avec relations*, désire ***associé dentiste sérieux***, ayant apport équivalent pour soutenir la création d'un cabinet commencée récemment à Paris. — Situation *exceptionnelle et d'avenir certain.* — ***Affaire sérieuse.*** — Ecrire *par poste* aux initiales C. K., aux soins de M. Papot, 45, rue de La Tour-d'Auvergne, à Paris. (**5-3**).

7 **A céder, raison de santé,** dans *Ville de l'Ouest,* **EXCELLENT CABINET DENTAIRE.** *clientèle sérieuse, aristocratie* et *riche bourgeoisie*, relations médicales, *institutions*, etc. Affaires prouvées 20 à 25.000 francs, susceptibles d'augmentation sensible et rapide, avec praticien capable et actif. Prix demandé : 25.000 francs dont 10.000 comptant, solde par annuités. On accepterait au besoin **associé ou opérateur** intéressé avec promesse de vente. Ecrire *par poste*, aux initiales C. H. D., 12, aux soins de M. Papot, 45, rue de La Tour-d'Auvergne, à Paris. (**6-3**).

8 ***A céder dans station balnéaire du N.-O. bon petit cabinet*** ayant rapporté 8.000 fr. ces deux dernières années ; chiffres d'affaires en augmentation constante depuis 10 ans ; atteindrait facilement 12.000 *en y restant toute l'année*. Prix 5.000 francs. Ecrire *par poste* aux initiales L. D. E., aux soins de M. Papot, 45, rue de La Tour-d'Auvergne, à Paris. (**7-3**).

9 **Cabinet dentaire,** dans une *Ville du Centre* de la France à *gérer pendant une année* avec *faculté d'achat*. — Jeune clientèle mais sûre, pas de crédit, rapportant de 8 à 9.000 francs par an, frais insignifiants ; conviendrait à un jeune homme *sérieux et habile* voulant se faire une situation en province. — Ecrire *par poste* aux initiales A.C.Q., aux soins de M. Papot, 45, rue de La Tour-d'Auvergne Paris. (**8-3**).

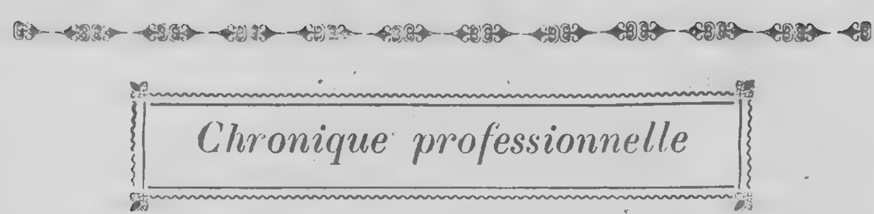
10 **Chirurgien-Dentiste** D. E. D. P. et F. M. P., ayant fait ses deux premières années d'études dentaires aux *Etats-Unis* et ayant *dirigé cabinet* pendant 6 ans avec *plein succès*, demande place opérateur *province* ou *étranger*, *Paris de préférence*, mais dans maison sérieuse. — Accepterait même occupation pour après-midi seulement et apporterait au besoin, mais avec avantages, installation complète pour un Cabinet. — Ecrire à R. G., aux soins du Dr B., 7, avenue Trudaine, à Paris. (**9-3**).

11 **Commerce** de **FOURNITURES DENTAIRES**, en *pleine prospérité*, à remettre ; *beaux bénéfices prouvés* par livres, **conditions avantageuses**. Conviendrait à dentiste retiré, ou famille de dentistes. — Ecrire *par poste (affranchir à 25 cent.)* aux initiales R. P., aux soins de M. Papot, 45, rue de La Tour-d'Auvergne, Paris. (**10-2**).

12 **CHIRURGIEN-DENTISTE** *de la Faculté de médecine de Paris* et *diplômé de l'Ecole dentaire*, connaissant la **prothèse** et les **aurifications,** demande place **D'OPÉRATEUR** Ecrire *par poste* aux initiales P. B., aux soins de M. Papot, 45, rue de La Tour-d'Auvergne, à Paris. (**11-2**).

13 ***A CÉDER promptement cabinet dentaire*** dans *grande ville*, près ***Paris***. *Installation moderne* dans très belle maison. *Electricité.* Affaires 18000 francs. Conditions à débattre. Ecrire *par poste* aux initiales F. L., aux soins de M. Papot, 45, rue de La Tour-d'Auvergne, à Paris. (**12-2**).

(Voir la suite page 154.)



Sous cette rubrique L'Odontologie *se tient à la disposition de ses lecteurs pour leur permettre de publier en toute indépendance leurs appréciations sur les questions de politique professionnelle. Toutefois le Comité de rédaction se réserve le droit de supprimer toute expression ou toute appréciation de nature à provoquer des polémiques personnelles.*

Nous lisons dans La France militaire *du 7 janvier l'intéressant article que nous reproduisons ci-dessous et aux conclusions duquel nous nous associons pleinement.*

LA CHIRURGIE DENTAIRE

La chirurgie dentaire dans l'armée n'existe dans les régiments que comme un service accessoire et accidentel quand, faute de soins préventifs, ce qui a lieu dans la plupart des cas, il faut faire l'extraction d'une dent malade. Et cette opération se fait trop souvent d'une manière douloureuse pour le patient et avec fracture de quelque partie de la mâchoire dans laquelle les dents sont encastrées.

Aujourd'hui, l'armée étant devenue tout à fait nationale par le fait du service obligatoire et personnel, les militaires se voient entourés de plus de soins à tous les points de vue : casernement, couchage, habillement, nourriture, permissions au moment des principaux travaux de la terre, bibliothèque, salle de lecture et d'écriture, chapelle réservée à l'armée, jeux, lieu de réunion, etc. Et, pour ce qui concerne la chirurgie dentaire, on peut citer des villes telles que Versailles, Marseille et Caen, où un dentiste de la localité soigne gratuitement (avulsion, cautérisations, plombage, pansements, conseils) tous les militaires qui lui sont adressés avec un billet par le médecin du régiment, sous prétexte que celui-ci n'a ni les instruments ni les ingrédients nécessaires.

En 1890, M. de Freycinet, alors ministre de la guerre, avait donné des instructions pour qu'il en fût autrement, et par l'enseignement dans les écoles de santé de l'armée et par la multiplication des instruments. Mais il ne paraît pas, ce qui ne peut s'obtenir qu'à la longue, que l'aptitude et les exercices de la chirurgie dentaire soient réellement entrés dans les errements de la pratique de la médecine militaire. Il en est cependant autrement dans presque tous les pensionnats, dans toutes les écoles de l'ordre civil ou de l'ordre militaire : un dentiste est attaché à chacun de ces établissements. Déjà,

en l'an 1758, à l'Ecole militaire du Champ-de-Mars, sous le nom de *Faculté*, on trouvait le personnel suivant ainsi détaillé sur l'*Etat militaire* de 1758, 3e partie, chap. III, page 273.

Faculté.

M. de Mac-Mahon, médecin, docteur de la Faculté de Paris, demeurant à l'hôtel.

M. Pibrac, chirurgien-major.

M. Calville, chirurgien aide-major.

M. Capron, chirurgien-dentiste.

M. Mouton, chirurgien-dentiste.

M. Suzet, chirurgien-herniste.

M. Carrèze, apothicaire.

Moyennant une faible rétribution, il devrait et il pourrait y avoir dans chaque ville de garnison, à l'usage des militaires, des praticiens chargés du service de la chirurgie dentaire.

Ce service est plus important qu'on ne le suppose, car il devrait y avoir pour tous les militaires de troupe une première visite à l'arrivée au corps et des visites trimestrielles pour l'effectif des présents en vue des mesures préventives à observer pour faire de la chirurgie dentaire conservatrice, puis la série des opérations du service courant, depuis les pansements jusqu'aux extractions des dents. Et ces précautions et ces soins incessants sont tellements nécessaires que, dans la marine, tous les matelots subissent la visite de l'état des dents avant d'être embarqués pour un voyage au long cours.

Cette partie du service sanitaire des troupes aurait besoin d'être mieux organisée dans l'armée, sans omettre les visites trimestrielles.

C. Boissonnet.



Nous recevons la lettre suivante, dont l'intérêt n'échappera pas à nos lecteurs.

Monsieur le secrétaire de la rédaction,

Abonné de votre estimable journal, je viens vous demander de bien vouloir y insérer, dans le prochain numéro si possible, la présente lettre, dont le but est de contribuer au développement de la profession.

Je lis, dans le numéro de *L'Odontologie* du 30 janvier que je reçois à l'instant, une communication de M. Delair disant que ses essais de porcelaine dure pour la reconstitution des maxillaires ont été couronnés de succès et qu'il se propose d'en démontrer la valeur à Madrid.

Je puis d'autant mieux me ranger à l'avis de ce confrère distingué que j'ai placé depuis deux mois des dents en porcelaine ayant la forme des dents humaines avec le même mode opératoire que pour les transplantations humaines et que je suis très satisfait des résultats obtenus. Ces dents, privées du périoste, sont, en effet, plus solides que celles ayant pris naissance dans la bouche, parce que, privées du périoste, elles ne peuvent avoir de périostite et que, l'os maxillaire se refermant de tous les côtés, elles se trouvent dans les mêmes conditions qu'un navire pris par les glaces.

Je me propose du reste de vous faire connaître sous peu la méthode qui m'a guidé pour cela, et de vous adresser un modèle de four d'un prix ordinaire pouvant permettre de cuire non seulement des dents, mais des dentiers complets et d'une façon toute différente de celle employée jusqu'ici, ainsi que le moyen d'obtenir de la gencive continue pour dentiers complets sans le secours du platine.

L'objection la plus sérieuse qui puisse être faite aux transplantations en porcelaine est celle-ci : en supposant que la dent minérale soit exactement de la même couleur que ses voisines au moment de la pose, cinq ou dix ans après les dents naturelles ayant foncé, il serait impossible de modifier la couleur de la dent en porcelaine.

Dans tous les cas le but de cette lettre étant d'attirer le plus d'objections possible, je serai heureux d'en recevoir pour essayer de les réfuter.

Veuillez, etc.

Léon Clerc.

DEMANDES ET OFFRES

PRIX d'une CASE, dans 3 numéros........................ **8** francs.
payable d'avance. (Pour les Abonnés de *L'Odontologie.* **5** »).

L'Administration de L'Odontologie *est à la disposition des vendeurs ou acheteurs pour transmettre aux intéressés les lettres adressées aux initiales indiquées, mais il est bien entendu que son rôle se borne à cette transmission.*

---

14 **A VENDRE** un *fauteuil lit Columbia,* fabrication Wirth; un *fauteuil Columbia,* américain et un *tour électrique Columbia* d'atelier. — Ecrire à **M. Mendelssohn**, 18, boulevard Victor-Hugo, Montpellier.

(**13-2**).

---

15 **CHIRURGIEN-DENTISTE** (danois), assistant depuis 5 ans, possédant **certificats brillants,** parlant l'*allemand* et le *français*, au courant de tous les travaux de cabinet *(aurifications, obturations en porcelaine, couronnes)*, demande place d'opérateur ou gérant. — Ecrire *par poste*, aux initiales M. S. E., rue d'Autriche, 39, Bruxelles. (**14-2**).

---

16 Cabinet dentaire, *aux environs de Paris*, à **VENDRE**, pour *cause de fatigue.* — Affaires 6000 francs en allant deux fois par semaine, loyer 400 francs. — *Belle installation,* à *céder* avec ou sans matériel. Prix à débattre, facilités de paiement. — S'adresser à M. Frenkel, 59, rue de Chaillot, à Paris.

(**15-2**).

---

17 CABINET à Paris à VENDRE. *Rare occasion*, 25 ans d'existence. Le chiffre d'affaires a toujours augmenté. — La dernière année. 54000 francs. — Beaucoup de prothèse. Prix : 30000 francs sans meubles. On resterait à volonté avec successeur. Pour renseignements s'adresser à *M. Cornelsen*, 16, rue St-Marc, à Paris.

(**16-1**).

---

18 **AVIS AUX DENTISTES, Ex-Caissier-comptable,** faisant *correspondance*, connaissant l'*article dentaire*, se chargerait de la **Comptabilité**, des **encaissements**, du **contentieux** dans de bonnes conditions, ou un poste fixe. – Références de premier ordre. — Ecrire *par poste* aux initiales K. R., 7, aux soins de M. Papot, 45, rue de La Tour-d'Auvergne, à Paris. (**17-1**).

---

19 Bon opérateur D. E. D. P., connaissant les **aurifications** et au *courant de la clientèle*, désire trouver *situation Paris, province ou étranger. Bonnes références.* Ecrire *par poste* aux initiales B. I. G., aux soins de M. Papot, 45, rue de La Tour-d'Auvergne, à Paris.

(**18-1**).

---

20 Opérateur-Mécanicien, **aurificateur,** faisant **couronnes** et **bridges,** cherche place à Paris, de préférence pour le matin seulement. — Ecrire *par poste* aux initiales G. S. R., aux soins de M. Papot, 45, rue de La Tour-d'Auvergne, à Paris.

(**19-1**).

---

21 **Bon mécanicien,** *longues années de pratique, bonnes références,* demande place dans une **grande ville,** *port de mer.* — Ecrire *par poste* aux initiales B. P. Y., aux soins de M. Papot, 45, rûe de La Tour-d'Auvergne, à Paris.

(**20-1**).

Avis relatif aux « DEMANDES ET OFFRES ».

La plupart du temps les confrères qui usent de nos « DEMANDES ET OFFRES *» désirent garder l'anonyme ; aussi indiquent-ils presque toujours simplement dans ces annonces les initiales sous lesquelles les demandes doivent leur être adressées par les soins de l'Administration du journal, dont le rôle se borne à cette transmission et qui ne prend à l'égard des affaires annoncées* aucune sorte de responsabilité.

L'administrateur rappelle aux intéressés que les lettres doivent lui parvenir **par la poste** *avec l'adresse ainsi libellée:* M. (initiales indiquées) *aux soins de M. Papot. Il les rend au facteur*, sans les ouvrir, *après en avoir complété l'adresse. Il ne peut donc personnellement donner aucun renseignement sur les affaires à traiter.*



Une protestation.

Nous recevons d'Allemagne un certain nombre de lettres nous demandant des renseignements sur une exposition internationale (encore une Exposition!!) d'art dentaire et d'hygiène, organisée sous les auspices d'une école dentaire et sous le patronage de son corps enseignant, professionnel, médical et chirurgical.

Nous tenons essentiellement à dégager *l'École dentaire de Paris* de cette entreprise commerciale privée, avec laquelle nous répudions toute compromission.

Nous prions instamment nos correspondants de nous faire l'honneur de ne pas nous confondre avec cette école, recommandation d'ailleurs bien inutile, car tous les dentistes de l'Etranger savent bien qu'il n'existe à Paris que deux Ecoles dentaires reconnues d'utilité publique.

Concours a l'École dentaire de Paris.

Un concours aura lieu prochainement à l'École dentaire de Paris pour un poste de professeur suppléant de prothèse vélo-palatine et pour un poste de professeur suppléant de dentisterie opératoire théorique.

Le programme sera publié dans un numéro ultérieur.

Subvention a l'École dentaire de Paris.

Le Ministre de l'Agriculture vient d'accorder une subvention de 10.000 francs sur les fonds provenant du pari mutuel à la Société de l'Ecole et du Dispensaire dentaires de Paris.

Conférence.

Le 17 février, à 8 h. 1/2 du soir, M. Siffre fera à l'Association française pour l'avancement des sciences une conférence sur la dentition, avec accompagnement de projections.

Distinctions honorifiques.

Par arrêté du 6 février 1903, inséré au *Journal officiel* du 9 février, M. le Ministre de l'Instruction publique a accordé les distinctions suivantes :

Officiers de l'Instruction publique.

MM. Delaunay (Julien-Marie), chirurgien-dentiste à Paris, *démonstrateur à l'École dentaire de Paris.*

Meunier (François-René-Alfred), chirurgien-dentiste, administrateur de Bureau de bienfaisance du 8e arrondissement à Paris.

Officiers d'Académie.

MM. Arnold (Aron-Alphonse), chirurgien-dentiste à Paris, *démonstrateur à l'École dentaire de Paris.*

Baril (Paul-Jean), chirurgien-dentiste à Bordeaux.

Dr Barillet (Alexandre-Charles), médecin-dentiste à Reims.

Beaussillon (Charles-François), chirurgien-dentiste à Paris.

Boutelié (Emmanuel-Antoine), chirurgien-dentiste à Paris.

Courtaix (Jean), chirurgien-dentiste à Paris.

Fontenelle (Paul), chirurgien-dentiste à Maubeuge (Nord).

Fourcade Comte (Norbert), chirurgien-dentiste à Paris.

Lambert (Gabriel-Alfred), chirurgien-dentiste à Paris.

Mauron (Gabriel-Joseph-Marius), chirurgien-dentiste à Paris.

Monier (Léon-François-Victor), chirurgien-dentiste du Dispensaire de la caisse des écoles du 7e arrondissement à Paris.

Dr Peyrot (Jean-Désir-Félix), médecin-dentiste à Neuilly-sur-Seine (Seine).

Nous adressons nos sincères félicitations à nos distingués confrères.

Certificat d'études.

Dans notre numéro du 15 novembre 1902, nous enregistrions sous ce titre les succès obtenus par M. Debraux pour la préparation des jeunes gens postulant le certificat d'études exigé des candidats au diplôme de chirurgien-dentiste.

Il est de toute justice que nous citions également les heureux résultats du cours professé dans le même but par le Dr Lombard.

Ajoutons que ce dernier vient de prendre la direction de l'Institut médical Le Noir, et que bon nombre des 80 nouveaux élèves entrés cette année à l'École dentaire de Paris sortaient de l'un ou l'autre de ces deux établissements.

Statistique intéressante.

De 1840 à 1902 les 52 écoles dentaires américaines ont diplômé 24.954 élèves, dont 16.390 exercent actuellement et dont 8.564 ont embrassé d'autres carrières ou sont décédés. En outre, 10.909 praticiens non diplômés et 309 praticiens provenant d'écoles qui n'existent plus ou qui ne font pas partie de l'Association nationale exercent dans les divers États. Cela fait un total de 27.608 dentistes en 1902, soit un dentiste par 2.736 habitants.

Il convient de rappeler que l'on compte aux Etats-Unis un médecin par 650 habitants.

(Ces chiffres sont empruntés au discours prononcé par le Dr Weise, doyen du collège de dentisterie de New-York, à l'assemblée de l'Association nationale des Facultés dentaires en août 1902 à Niagara-Falls).

Clinique dentaire de Darmstadt.

Le 30 novembre dernier a été ouverte à Darmstadt la policlinique dentaire de la Société des chirurgiens-dentistes hessois. Des discours ont été prononcés par le professeur Koch, le Dr Jessen, de Strasbourg, le professeur Witzel, etc.

Conférence dentaire.

Notre distingué collaborateur, M. le Dr Frank, de Vienne, a fait le 28 janvier dernier à la Société d'hygiène publique d'Autriche, sous la présidence du directeur de l'hygiène publique au Ministère de l'Intérieur, une conférence sur « la carie dentaire, maladie universelle et les moyens de la combattre ». Cette conférence a eu un tel succès que le directeur de l'hygiène publique a demandé à l'auteur la permission de la publier aux frais du Gouvernement.

Nous rappelons que M. Frank est vice-président de la F. D. I. et auteur du remarquable rapport de la Commission d'hygiène publique qu'on trouvera dans les comptes rendus de la session de Stockholm et qui sera envoyé à tous les Gouvernements.

Avis relatif au recouvrement des cotisations

Les membres de l'Association et les abonnés du Journal domiciliés dans les *Colonies* ou à l'*Etranger*, qui ont des *cotisations en retard*, sont priés de bien vouloir en adresser le montant, en un mandat-poste international ou en un chèque sur un établissement financier de Paris.

Pour L'ASSOCIATION, au *Trésorier :* Jules d'Argent................ } 45, rue de La Tour-d'Auvergne, Paris.
Pour le JOURNAL, à l'*Administrateur Gérant :* Ed. Papot.............. }

23e ANNÉE. N° 4 28 FÉVRIER 1903 VOL. XXIX



L'Odontologie est une TRIBUNE LIBRE, où toutes les opinions peuvent se produire ; les signataires gardent l'entière responsabilité de leurs appréciations.

Travaux Originaux

LA GREFFE DENTAIRE

Par GUSTAVE ELLER VAINICHER,
Chirurgien-dentiste à Naples.

L'auteur du présent mémoire ayant bien voulu nous confier le soin de le présenter au public, nous avons accepté son offre avec empressement, sinon pour lui apporter le témoignage d'une autorité que nous ne possédons pas, du moins pour lui confirmer une fois de plus notre profonde estime, née d'une amitié déjà vieille.

Les recherches odontologiques et l'art dentaire prennent de plus en plus d'importance, à mesure que le public, plus éclairé, se rend compte enfin du rapport intime qui existe entre le bon état des dents et les diverses fonctions de la nutrition ; la santé générale peut se ruiner peu à peu si notre appareil buccal se détériore, presque tout le monde le sait et y prend garde.

Aussi les travaux entrepris par les professionnels d'Europe et d'Amérique ne s'adressent-ils pas exclusivement aux hommes du métier : ils intéressent aussi nombre de profanes.

Les livres de vulgarisation les mieux conçus ne manquent pas, mais la plupart négligent le problème de la greffe dentaire.

Sans doute la greffe n'est pas l'une des parties importantes de l'odontologie ; de plus, le caractère aléatoire des recherches auxquelles elle peut donner lieu fait que les observateurs la délaissent et que de la sorte elle se trouve chaque jour en retard par rapport aux autres branches de la

chirurgie dentaire. Mais de ce que la greffe, entrée depuis longtemps dans la pratique, est réservée à des cas exceptionnels, s'ensuit-il cependant qu'il faille la négliger tout à fait? Tel n'a pas été l'avis de M. G. Vainicher, qui semble avoir mis d'autant plus de zèle dans son étude que celle-ci était plus ingrate.

Aussi cette ardeur nous paraît-elle très méritoire et nous en félicitons bien sincèrement l'auteur.

Non seulement M. G. Eller Vainicher s'est consacré avec succès aux travaux de laboratoire, mais il a su en condenser les résultats avec le soin le plus minutieux, usant dans les deux cas de la meilleure méthode.

Son mémoire, bien que rédigé avec une sobriété dédaigneuse des agréments inutiles et destiné surtout aux professionnels, est digne d'intéresser tous ceux qui à un titre ou à un autre recherchent les documents sur la question.

L'auteur l'a divisé en deux parties.

La première est réservée à l'historique de la greffe dentaire, la seconde à l'état actuel du problème, aux expériences et aux vues particulières de M. G. Vainicher. La conclusion, pour brève qu'elle soit, est digne des développements qui la précédent.

La greffe, dit Brasseur, est fort ancienne, car on en trouve des relations dans les écrits d'Albucasis et d'Ambroise Paré ; Meitnitz, lui, remonte à Hippocrate. Beaucoup pourront se montrer quelque peu sceptiques à cet égard, bien qu'en réalité la chose importe peu. M. G. Vainicher a eu raison de ne pas s'attarder aux vagues essais du début, qui ne présentent qu'un intérêt restreint, et d'en venir rapidement aux travaux sérieux des David et des Magitot. Ce qui plaira beaucoup, c'est que dans ce bref traité odontologique on trouvera réunis les éléments essentiels en un coup d'œil général. On saura gré à l'auteur d'avoir raccourci en une synthèse substantielle le récit des tentatives nombreuses dont la greffe a été l'objet de la part de Fauchard, Maury, Legros, Brasseur, etc.

Dans presque tous les cas, nous semblons d'accord avec M. G. Vainicher, en ce qui concerne la thérapeutique et les théories actuelles. Nous avons suivi attentivement ses commentaires sur l'état de la question et nous ne croyons pas qu'on puisse émettre d'idées plus rationnelles, de jugements plus mesurés, ni faire preuve d'une plus ingénieuse critique. Loin d'entreprendre un plaidoyer, il présente au contraire et il analyse les divergences de vues d'auteurs touchant les principes et les applications du greffage dentaire et il ajoute: « Quant à nous, nous n'avons eu pour but que d'établir dans quelles limites la greffe est possible, sans nous attacher ni à l'enthousiasme des uns ni aux assertions négatives des autres. »

De ses expériences « in vitro » *il a tiré cette conclusion qu'en effet ni l'un ni l'autre de ces partis extrêmes n'était le bon et que la greffe den-*

laire devait servir seulement dans certains cas assez rares, mais où elle peut rendre des services appréciables.

Nous pourrions prétendre à discuter avec notre excellent confrère telle ou telle de ses expériences, mais ce serait là un travail qui nous conduirait trop loin et dont l'utilité ne nous paraît pas suffisante jusqu'à présent, et nous n'aurions guère à produire que des rectifications et des objections de détail. Si l'on nous priait d'émettre notre modeste avis, nous n'hésiterions pas à soutenir, comme l'a fait M. G Vainicher, que la réimplantation immédiate, soigneusement et aseptiquement faite, donne, en cas de traumatisme, des résultats heureux; que la réimplantation par transposition sur une mâchoire est quelquefois avantageuse ; *mais que tous les autres procédés opératoires nous paraissent condamnables. Nous ne saurions nous élever avec assez d'énergie contre la transplantation de dents saines de la mâchoire d'un individu sur une autre mâchoire en ruine ou localement dépourvue, lors même que l'on parviendrait à implanter solidement la racine. Les opérateurs sérieux s'abstiennent toujours d'une pratique condamnable.*

Mais ce que nous repoussons avec le plus de force encore par-dessus tout, c'est la création d'un alvéole artificiel dans un maxillaire. Nombre d'exemples en ont démontré les dangers, les uns de nature opératoire, les autres de nature physiologique.

Amoëdo et Younger ne sont pas les premiers venus, cela n'empêche que le nombre de leurs adversaires est considérable et qu'ils ont témoigné l'un et l'autre d'une confiance exagérée en leur manière de voir. C'est une erreur singulière, en effet, de vouloir assimiler la soudure d'un os sur un os.

A vrai dire on court beaucoup de risques pour arriver à quoi ?... à ce que les dents implantées dans un alvéole artificiel et retenues par hypergenèse de celui-ci semblent inébranlables deux, trois ans peut-être pour tomber ensuite. Le jeu n'en vaut pas la chandelle, dit-on chez nous.

Avant de terminer nous tenons à faire remarquer la victorieuse démonstration qu'offre M. G. Vainicher aux théories de Younger, en particulier celle qui concerne la régénérescence du périoste des dents sèches et la prétendue importance de ce point. M. G. Vainicher prouve que le périoste ne se maintient en réalité par aucun moyen. Il soutient avec non moins de bonheur le procès envers Amoëdo.

A tout prendre et pour conclure, on voit que le sujet est traité par un homme très instruit et au courant des derniers progrès de la science odontologique.

Permettez que nous le félicitions de ses efforts, comme vous le ferez vous-mêmes, nous n'en doutons pas.

On doit désirer qu'un consciencieux et un perspicace comme M. G. Vainicher ne s'en tienne pas aux recherches qui font l'objet du présent travail, mais aborde un champ d'observations plus large.

L. Richard-Chauvin.

I

Brasseur définit la greffe dentaire :

« Une opération qui consiste à réimplanter dans un alvéole, où elle doit continuer à vivre, une dent qui a été momentanément séparée de l'organisme [1]. »

David dit :

« La greffe dentaire consiste à faire revivre une dent qui a été complètement isolée de sa place normale [2]. »

La définition est la même, mais plus étymologiquement la greffe serait le transport sur un sujet d'un germe qui se développera et devra vivre aux dépens de ce sujet conservant ses caractères. C'est dans ce sens que l'entendirent Magitot et Legros, qui essayèrent en 1874 la greffe de follicules dentaires [3], et Philipeaux qui greffa les bulbes de dents dans des crêtes de coq [4].

En général on entend sous le nom de greffe toutes les opérations avec lesquelles on remet la dent dans son alvéole, ou dans l'alvéole d'un autre individu, ou dans un alvéole creusé artificiellement sur le bord du maxillaire, soit la dent extraite récemment, soit la dent sèche.

Dans le premier cas l'opération prend le nom spécifique de *réimplantation ;* dans le deuxième, celui de *transplantation ;* dans le dernier, celui d'*implantation.*

Brasseur résume ainsi l'histoire de la greffe :

« L'ancienneté en est démontrée par les écrits d'Albucasis au XI[e] siècle et la description qu'en donne A. Paré. En 1754 Lécluse est le chirurgien qui paraît avoir pratiqué cette opération le plus grand nombre de fois si l'on s'en rapporte à ses écrits : « J'ai entrepris, dit-il, cette opération chez plus de trois cents soldats de Flandre et plus de quatre-vingts pauvres gens ; toutes ces dents subsistent sans

1. Brasseur, *Chirurgie des dents et de leurs annexes.* Paris, Baillière.
2. David, *Étude sur la greffe dentaire.* Paris, 1877.
3. *Comptes rendus des séances de l'Académie des sciences,* 1874, 2 février.
4. Johnston, *Chirurgie plastique in Encyclopédie de chirurgie.* Paris, 1883.

causer la moindre douleur; elles étaient si bien raffermies le huitième jour qu'elles coopéraient aux fonctions des autres. »

Fauchard parle de plusieurs cas se rapportant à des dents extraites accidentellement par suite d'un mouvement involontaire chez le patient au moment de l'extraction ; la clef avait glissé et avait respecté la mauvaise dent pendant que la bonne sortait de la bouche.

Maury, Lefoulon, citent également plusieurs cas.

Lafforgue s'oppose entièrement à cette opération et nous nous joignons à lui pour qu'on n'y recoure que dans des circonstances rares.

En Allemagne la réimplantation était pratiquée au commencement du XVIII[e] siècle, spécialement pour les dents qu'il était impossible d'obturer convenablement dans la bouche ; on les arrachait pour les obturer et on les remettait ensuite à leur place.

En Angleterre Hunter a cité le cas d'une dent sortie de la bouche par suite de traumatisme, mise dans la poche et réimplantée un certain nombre d'heures après. Le même auteur reconnaît qu'il y a eu des cas où une dent a été réimplantée, après résection d'une partie malade ; les échecs ont été fréquents, car il est arrivé souvent que l'organe était replacé dans une mâchoire altérée ; aussi ne conseille-t-il pas ce procédé opératoire.

Mitscherlich, résumant d'une manière évidente les opinions de ses prédécesseurs, comme exprimant bien sa propre manière de voir, dit :

« Les dents dont les racines sont malades doivent être toujours extraites et ne sauraient être remises en place, parce que, pour des raisons spéciales, elles ne peuvent pas se consolider dans bien des alvéoles. »

Metnitz fait remonter la greffe à Hippocrate et écrit :

C'est depuis bien longtemps que la réimplantation est entrée dans le domaine de la chirurgie. Peut-être même qu'Hippocrate l'avait entrevue, car, parlant des fractures du maxillaire, il conseillait de remettre en place les dents et de les assurer avec des fils, et par ces moyens elles pouvaient se consolider.

Et Metnitz dit de la transplantation :

« Quelqu'un en fait remonter l'origine à Albucasis (1122); mais le passage cité à l'appui de cette assertion semble plutôt se référer à la position d'une dent artificielle [1]. »

M. Loup nie qu'Hippocrate a été le premier à pratiquer la réimplantation, ainsi qu'Albucasis la transplantation :

« Il faut remonter jusqu'à Hippocrate pour trouver une mention de la greffe dentaire à propos de fractures des maxillaires, dans lesquelles les dents étaient maintenues par des fils métalliques.

» Mais il est fort probable que ce n'est pas là le point de départ de la greffe et que cette idée ingénieuse sera plutôt venue à un praticien devant une dent saine avulsée accidentellement ou par maladresse.

» D'autre part, on a attribué la réimplantation à Albucasis, parce qu'il dit en parlant des dents tombées : « On les remplace par des os de bœuf que l'on taille en forme de dents et que l'on pose à la place de celles qui sont tombées. » Blandin dans sa thèse de concours cite les paroles d'Albucasis et rapporte bien à tort un fait purement prothétique à la physiologie dentaire, car il s'agit de dents maintenues dans la bouche à l'aide de ligatures [2]. »

Lemerle, dans son estimable travail sur l'histoire de l'art dentaire, écrit :

Dans les œuvres de Paré on trouve pour la première fois mentionnées la transplantation et la réimplantation. Toutefois il ne les a pas pratiquées lui-même, mais il cite le cas d'une princesse, qui, s'étant fait arracher une dent, s'en fit remettre une immédiatement prise sur une demoiselle, la dent reprit racine et peu de temps après elle put mâcher dessus [3].

Mais que ce soit Hippocrate, Albucasis ou Paré qui ait parlé le premier de la greffe, il est sûr que cette opération ne peut pas avoir la prétention d'être nouvelle.

---

1. Metnitz, *Trattato di Odontoiatria*, trad. Coulliaux-Vallardi, 1899.

2. Loup, *Contribution à l'étude de la greffe*. Congrès de Nancy, 1896.

La phrase qui fait supposer qu'Albucasis a pratiqué la transplantation est celle-ci : « On peut aussi remettre en place une ou deux dents tombées et les consolider comme nous venons de le dire et elles se maintiendront. Il faut pour cela une main légère et exercée. »

Cette phrase est insérée entre la description d'une ligature et la mention d'un appareil prothétique. Voir G. Gross. L'art dentaire chez les Arabes, in *L'Odontologie*, nov. 99, p. 455.

3. Lemerle, *Notice sur l'Histoire de l'art dentaire*. Paris, 1900.

Ce qui est remarquable dans l'histoire de la greffe, c'est qu'elle fut de temps en temps abandonnée, pour être reprise et puis retomber dans l'oubli.

La facilité de la réimplantation admise, les enthousiastes de ce procédé opératoire n'ont pas manqué en tout temps.

La transplantation devint immorale, car des individus poussés par la faim cédaient pour peu d'argent leurs propres dents, qui étaient placées à d'autres sujets auxquels les dents correspondantes devaient être arrachées.

L'opération de la transplantation s'étant répandue, les chercheurs ne manquèrent pas de s'occuper des différentes difficultés que cette opération pouvait présenter. Delabarre, en 1820, conseilla le premier la résection de l'apex ; d'autres trouvèrent qu'on pouvait impunément limer la racine de la dent à transplanter pour la réduire à la forme juste pour l'introduire dans l'alvéole ; d'autres creusaient les parois de l'alvéole pour rejoindre les dimensions de la dent à introduire.

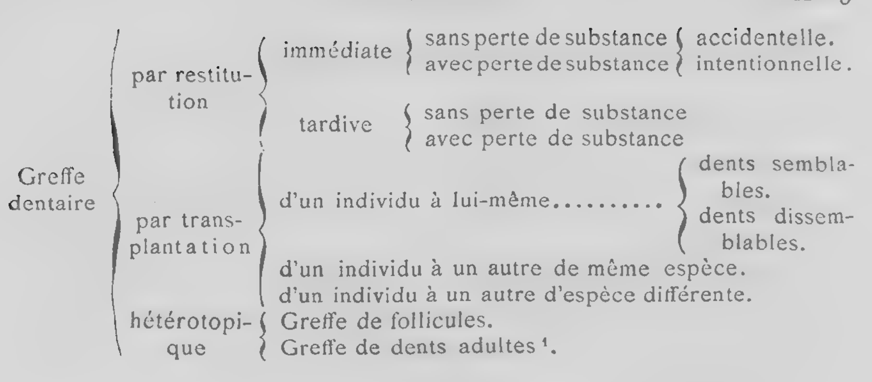
Andrieu distingua la greffe en *simple, thérapeutique* et *prothétique*. La simple consistait à remettre une dent luxée dans son alvéole ; la thérapeutique à remettre dans un alvéole une dent après l'avoir convenablement soignée ; la prothétique était la substitution, dans un alvéole, d'une dent artificielle en os, en ivoire, etc. [1].

Brasseur appela greffe par *restitution* la réimplantation dans le même alvéole d'une dent arrachée accidentellement ou intentionnellement en vue de la guérison d'un état pathologique des racines ; il appela greffe *autoplastique* la transplantation sur le même sujet, dans le cas d'anomalies du système dentaire, ou d'altérations pathologiques d'un organe pendant qu'il existe un surnuméraire dans l'arcade dentaire ; enfin greffe *hétéroplastique* le remplacement d'une dent gâtée d'un individu par une dent arrachée à un autre sujet.

Magitot divise la greffe ainsi :

---

1. Andrieu, *Leçons cliniques*, 1885.



Mais ces auteurs ne connaissaient pas une autre opération, imaginée seulement en 1882 par le Dr Younger, l'implantation.

Znamenski, de Moscou, suggéra de transplanter ou d'implanter des dents en porcelaine, en métal, en caoutchouc, etc., en pratiquant dans les racines de ces dents des trous ou des entailles en sens horizontal et vertical, et il affirmait que les granulations d'abord et le tissu osseux de néoformation ensuite entretenaient mécaniquement la dent. Le système de Znamenski est resté toujours théorique et n'est jamais entré dans la pratique, car il n'est pas possible de pratiquer dans la bouche certaines opérations qui ne sont pas difficiles dans les autres parties de l'organisme. Les insuccès de la prothèse immédiate de Martin le témoignent.

En juin 1885 le Dr Younger, de San Francisco, opéra pour la première fois une implantation avec une dent sèche et en 1886 il lut un mémoire à la Société odontologique de New-York sur cette opération qu'il avait créée, et bien vite, grâce à l'anesthésie et à l'antisepsie, cette opération prit un développement considérable.

Le Dr Younger conservait premièrement les dents à implanter dans des crêtes de coq, selon la méthode de Hunter, et il les arrachait au moment de l'opération. Il pratiquait une incision sur le bord alvéolaire du patient où premiè-

1. Magitot, *Dents*. In Dechambre, *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*. Paris, 1882.

rement existait la dent, et avec une fraise spéciale il creusait un alvéole et il y greffait la dent jusqu'alors maintenue en vitalité dans la crête de coq.

Puis Younger considéra comme inutile de maintenir en vie les dents, et pensa qu'on pouvait impunément implanter une dent sèche, même arrachée depuis plusieurs années.

Le Dr Amoëdo, de Paris, modifia le procédé Younger, en décalcifiant avec l'acide hydrochlorique la surface des racines des dents. Le 27 janvier 1895 M. Amoëdo opéra pour la première fois une jeune fille ; trois mois après environ (le 5 mars) il présenta le sujet à la Société odontologique de France et en août de la même année au Congrès dentaire de Bordeaux.

Aujourd'hui la greffe est complètement abandonnée.

Les dents réimplantées, transplantées ou implantées, tombent, après une période plus ou moins courte, par résorption des racines, comme nous le verrons par la suite.

Seulement, il semble que les dents réimplantées ont quelquefois une période de vie plus longue. Mitscherlich pour la première fois fit des expériences sur les animaux ; Fredel ensuite répéta 19 fois les expériences de Mitscherlich sur la réimplantation et Rollin en 1878 confirma les expériences de Fredel. Ensuite Bugnot, Ronnet, etc. étudièrent la réimplantation, et les conclusions de ces auteurs sont que cette opération est possible seulement lorsque les parois de l'alvéole restent intactes et que le périoste reste intégral.

La discussion qui a eu lieu à la *Société des naturalistes et des médecins allemands*, à l'assemblée de Cologne, du 17 au 23 septembre 1887, ne manque pas d'intérêt pour l'histoire de la greffe.

Dans la séance du 20 le Dr Marcus, de Heidelberg, parla de la greffe et les conclusions furent que le Dr Telschow déclara n'avoir qu'un seul cas de réimplantation favorable à citer, tandis que dans tous les autres cas de sa pratique il avait été obligé, après quelques années, d'arracher les dents à la suite de douleurs de toute sorte. Le Dr Klenke considérait l'implantation comme une vraie folie, car on ne

pouvait pas obtenir un résultat favorable, et considérait comme un contre-sens de creuser dans un os maxillaire cicatrisé depuis longtemps un alvéole artificiel pour y placer une dent naturelle.

La discussion qui eut lieu à la Société d'Odontologie de Paris le 8 janvier 1896, et que nous transcrivons intégralement, est encore assez importante.

M. Godon. — J'ai fait à la Société, le 8 octobre 1889, une communication sur une transplantation avec double greffe hétéroplastique et autoplastique, communication qui a paru dans le numéro de novembre de *L'Odontologie*, pages 554 à 556. Il s'agissait d'une deuxième bicuspide supérieure, atteinte de carie du quatrième degré, extraite et remplacée par une petite molaire avulsée cinq jours auparavant à une jeune fille de 17 ans et conservée dans l'eau et l'alcool. Comme cette dernière dent était plus petite que l'autre, j'avais ajouté une cale pour la maintenir dans l'alvéole et j'avais, à cet effet, découpé à la scie un morceau de racine avec le périoste et fait glisser le tout ensemble dans l'alvéole. Deux jours après je constatai une légère périostite ; au bout de dix jours, la dent était tout à fait consolidée et je pus enlever les ligatures.

Cette cale fut supportée deux ou trois mois ; chassée petit à petit, elle tomba enfin. La dent était restée solide ; je vous l'ai présentée trois mois après. J'avais cru à ce moment-là ne pas devoir toucher à la pointe de la racine, ni à la pulpe, ni au canal, comptant sur les bons effets de l'antisepsie que j'avais observée, car j'ai remarqué que, quand on ne respecte pas la pointe, il y a souvent des résorptions.

Cette dent était encore dans la bouche du patient il y a quelques mois, lorsqu'elle finit par lui tomber dans la main.

Je ferai remarquer à ce propos que presque toutes les implantations finissent comme cela. Je me souviens qu'un de nos anciens auteurs, Maury, signalait ce fait. C'est la deuxième observation que j'ai la chance de pouvoir vous présenter. La dernière était une réimplantation faite suivant les règles ordinaires, et la dent est tombée d'une façon semblable. Celle-ci est une transplantation où la dent, après avoir fourni une longue carrière, tombe brusquement, la racine une fois résorbée.

M. Choquet. — En 1887, quand j'étais à Toulouse, je vous ai présenté une transplantation avec une dent sèche. Celle-ci est tombée par la suite, quoiqu'elle fût solide, pendant que le sujet mangeait une croûte de pain. On y remarquait des lacunes extrêmement grandes.

Voici un morceau de maxillaire de chien auquel j'ai fait une transplantation. J'avais retiré une dent à un chien et je l'avais transplantée à un autre immédiatement. Au moment d'abattre ce dernier, je l'ai ligotté ; la circulation sanguine existait, mais non la circulation nerveuse, et il y avait une résorption très marquée, dont vous verrez les

traces sur ce reste de préparation. Ce semblant de nécrose avait pris sur toute la périphérie de la racine.

M. Lemerle. — Il y a quelques années j'ai fait ici une réimplantation d'une grosse molaire inférieure, et la dent est tombée au bout d'un an et quelques mois, ce qui corrobore ce qui vient d'être dit.

M. Meng. — Je vous ai montré une personne à laquelle j'ai fait des implantations : la racine portait des traces de résorption et s'était résorbée en effet, mais il y avait une perte de substance considérable. Dans l'implantation, comme dans la transplantation, les racines se trouvent rongées.

M. Dubois. — Il est intéressant qu'on nous apporte des résultats d'opérations éloignées. Pour mon compte, j'ai toujours combattu l'enthousiasme provoqué par la greffe. En Amérique on a fait une statistique sur la greffe et montré que les racines des dents se résorbaient au bout de peu d'années. J'ai emprunté à l'*American system of dentistry* quelques cas que j'ai signalés dans l'*Aide-mémoire*. En suivant le résultat de nos opérations, comme l'a fait M. Godon, nous pourrions nous former une opinion très nette sur leur valeur.

. . . .

M. Godon. — De l'ensemble de nos essais, qu'il s'agisse de dents sèches ou de dents fraîches, il résulte qu'il y a résorption[1].

Bien plus intéressante encore est la discussion au Congrès dentaire de Nancy ; dans la séance du 13 août 1896 M. Choquet dit :

« J'ai été, il n'y a pas encore bien longtemps, partisan convaincu de la greffe, qu'elle fût autoplastique ou hétéroplastique. Je vous l'avoue franchement, aujourd'hui je n'ai plus la confiance que j'avais il y a quelque temps dans cette opération, et cela, quelles que soient les précautions antiseptiques prises pour en assurer la réussite.

» J'ai eu l'occasion de faire fréquemment sur des chiens soit des réimplantations, soit des transplantations, soit encore et surtout des implantations par la méthode de Younger et par celle de M. Amoëdo. Je vous l'avoue en toute sincérité, au bout d'un temps plus ou moins long, le résultat a *toujours* été négatif. Les conditions aseptiques ne manquaient pourtant pas.

» Je suis absolument persuadé que, si l'on voulait parler franchement et donner la statistique vraie, sur cent cas de greffe, quelle qu'elle fût, il n'y en aurait peut-être pas une seule ayant duré pendant dix ans. »

. . . .

M. Pastariano (de Constantine). — J'ai eu fréquemment l'occasion de faire des réimplantations sur des indigènes. Lorsqu'un de ceux-ci venait me trouver pour se faire extraire une dent, si je jugeais le cas favorable, je faisais la réimplantation.

Un membre. — Combien avez-vous eu de succès ?

---

1. *L'Odontologie*, février 1896, page 103.

M. Pastariano. — Celle qui a duré le plus longtemps de toutes ces réimplantations n'a pas dépassé onze mois.

M. Michaëls. — Avez-vous remarqué s'il y avait résorption de la racine?

M. Pastariano. — Oui, la racine était à moitié résorbée.

M. Michaëls. — Cela n'est pas extraordinaire [1].

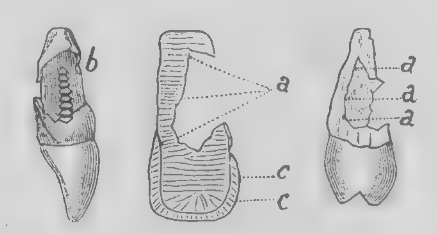


Fig 1. — Destruction des racines de dents greffées.
DUBOIS [2].



Fig. 2. — Destruction de la racine d'une molaire réimplantée.
GODON [3].

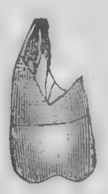


Fig. 3. — Racine d'une dent greffée avec la méthode Younger.
A.-P. MERRILL [4].

---

1. *Congrès de Nancy*, 1896.
2. *Aide-mémoire du chirurgien-dentiste.* Paris.
3. *Clinique dentaire et dentisterie opératoire.* Paris, 1897.
4. *In Dental Cosmos*, 1887.

II

Le problème de la greffe occupe toujours la pensée des odontologistes, et en effet il n'est pas agréable de renoncer à une opération assez séduisante.

Arracher une dent et la remettre à sa place après l'avoir convenablement soignée, implanter une dent là où il y en avait une autre, est toujours quelque chose d'attrayant et de suggestif, et le spécialiste qui vise à la conservation des dents et à l'esthétique des arcades dentaires ne saurait se décider à accepter l'opinion des auteurs qui déclarent la greffe une opération illusoire.

Nous avons d'un côté des œuvres estimables qui exaltent la greffe ; de l'autre, l'opinion d'hommes de valeur incontestable tout à fait contraires à cette opération ; de ces deux voies si divergentes laquelle doit-on choisir ?

Pour notre compte, en écrivant ce travail, nous avons en vue surtout d'établir dans quelles limites la greffe est possible, sans nous arrêter ni à l'enthousiasme des uns ni aux assertions négatives des autres, et nous avons pratiqué une série d'expériences sur les chiens.

Pour nous soustraire à la critique nous déclarons que l'antisepsie a été scrupuleusement observée, que nous avons évité des mouvements brusques de mastication, soit en tenant les animaux isolés, soit en les nourrissant de panades, de lait et de bouillon pendant toute la durée des expériences, et que les sujets furent choisis jeunes.

Les dents ayant été arrachées ensuite, les morceaux furent laissés pendant un jour dans une solution de formaline à 10 °/°.

La préférence fut donnée à la formaline sur les autres fixateurs, car cette substance ne ride pas les parties des tissus à fixer et elle fixe et conserve très bien le sang qui peut se trouver dans les tissus mêmes, et dans notre cas le sang des capillaires de la pulpe de la dent et du périoste,

dont la vascularité est rendue de cette façon très évidente.

En sortant de la formaline le morceau fut décalcifié. A titre d'expérience tous les liquides décalcificateurs proposés furent essayés ; le meilleur, et par conséquent celui qui fut adopté pour la décalcification, fut le suivant :

Acide chlorhydrique pur	c. c.	10
— azotique	»	22
Eau distillée	»	100

Le mode d'opérer fut celui indiqué par Choquet[1], mais avec une légère différence. Au lieu d'ajouter, comme il dit, deux fois l'acide nitrique à la solution d'acide chlorhydrique, j'en ajoutai une seule fois. Au lieu de neutraliser après la décalcification l'excès d'acidité du morceau avec un alcalin (carbonate de lithium ou carbonate de soude), le morceau fut laissé pendant trois jours dans l'eau courante jusqu'à réaction complètement neutre.

Fixé et décalcifié, le morceau fut durci dans la série des alcools, clarifié dans le xylol et inclus dans la paraffine.

Les sections obtenues au microtome avec les procédés connus furent aisément colorées avec la double coloration de l'émalune et de l'éosine. L'émalune est celui proposé par Mayer, l'éosine est la solution alcoolique (1/2 o/o en alcool à 70).

Réimplantation et transplantation.

Obs. I.

Une dent est arrachée à un chien et, sans subir de modifications, elle est immédiatement remise à sa place. La séparation de l'organisme a été de quelques secondes et la dent a été fixée aux voisines par une ligature. L'alvéole a été lavé avec une solution de sulfate de cuivre à 1/2 o/o.

L'opération fut exécutée le 11 décembre 1900.

Le 1er février 1901, c'est-à-dire environ deux mois après, le morceau de maxillaire qui soutenait la dent réimplantée fut réséqué et fixé avec la solution de formaline.

A l'examen histologique la dent offre une particularité digne de remarque : le cément manque sur toute la surface de la racine. Le

1. Choquet, *Traité technique des préparations microscopiques*. Paris, 1895.

bord de la dent est limité par la dentine, qui en quelques points est découpée.

La dentine observée à un grossissement considérable apparaît érodée et rappelle la dentine érodée des racines des dents.

La pulpe dentaire offre une grande vascularisation. Un faisceau de capillaires pleins de sang parcourt de la base au sommet toute l'épaisseur de la pulpe, dans laquelle la couche plus extérieure des odontoblastes est très évidente, mais dans laquelle on distingue plus les deux autres couches, c'est-à-dire la pulpe proprement dite et la couche intermédiaire des cellules. Toute la pulpe dentaire est transformée en un tissu proliférant. D'un amas de petits éléments embryonnaires dans une phase active de prolifération, qui se trouve au fond de l'alvéole, s'avancent vers l'apex de la pulpe des cellules qui en ce point ont un caractère décidément fibreux, et dans une couche intermédiaire un caractère plus fibroblastique.

Dans ce tissu s'étend le réseau vasculaire qui se continue de la base jusqu'à l'apex, avec des anastomoses fréquentes et dont les différentes branches apicales se replient à anse vers la couche des odontoblastes. Le périoste est lui-même dans une forte phase proliférative. Il a plus du double environ de l'épaisseur normale ; vers l'os il a presque usé la couche plus intérieure et vers la couche de dentine il a notablement réduit l'épaisseur de celle-ci. Au fond de l'alvéole, où se trouve l'amas d'éléments embryonnaires déjà décrit, on observe à l'apex de la racine des traces de cément.

Dans les points où le périoste est plus épais, il est copieusement vascularisé et il est mêlé, surtout dans la couche plus intérieure, d'éléments fibroblastiques.

Deux faits se dégagent clairement de l'examen histologique : le premier, c'est que la pulpe dentaire s'est greffée au fond de l'alvéole. Les petits canaux de la pulpe s'étant vidés pour l'arrachement de la dent, et cette dernière ayant été remise en place, la circulation sanguine s'est produite facilement, comme dans les deux bords d'une blessure.

Le second, c'est que dans ce cas il s'agit d'un processus inflammatoire des parties molles de la dent provoqué par l'action mécanique de la réimplantation. Le processus est évidemment parti du périoste alvéolaire et il s'est étendu à la pulpe de la dent, et l'usure du cément ayant cessé, celle de la dentine a commencé et aurait déterminé à la fin l'expulsion de la dent.

Obs. II.

Une dent est arrachée à un chien le 21 septembre 1900. L'apex de la dent a été coupé et la chambre de la pulpe a été remplie avec une pâte de glycérine et d'iodoforme.

Neuf jours après, la dent semblant solide, la ligature fut enlevée ; le 15e jour elle présentait un léger vacillement, qui s'est toujours accentué jusqu'au 14 janvier 1901, jour où la dent n'a plus été retrouvée dans la bouche.

Une sonde plongée dans l'alvéole s'enfonce dans le maxillaire à un peu plus de trois mm., tandis que la racine de la dent réimplantée mesurait six mm. au moment de l'opération, c'est-à-dire après avoir coupé l'apex.

La dent est restée en place à peu près 4 mois.

Obs. III.

Une dent est arrachée au même chien le même jour (21 septembre 1900). L'alvéole est raclée, ainsi que le périoste adhérent à la racine de la dent ; la chambre de la pulpe est remplie avec la pâte de glycérine et d'iodoforme.

Le 18e jour la ligature fut enlevée, le 26e la dent était légèrement vacillante et le 68e elle était tombée.

Obs. IV.

Une dent est arrachée à un chien et une dent avulsée à un autre chien est transplantée dans l'alvéole.

La dent à transplanter et l'alvéole dans lequel fut exécutée la greffe étaient de la même longueur, mais différaient de diamètre, surtout vers le collet.

L'alvéole fut élargi au bord et la dent fut limée autour du collet, pour avoir les dimensions nécessaires afin d'être introduite dans l'alvéole. Le périoste adhérent à la racine pour le dernier tiers fut respecté ; de même le fond de l'alvéole demeura intact.

L'opération fut pratiquée le 14 septembre 1900.

Treize jours après la dent semblait solide, et le 15e jour la ligature fut enlevée. La dent semble ferme, mais vers le 69e jour elle commence à branler, ébranlement qui progresse toujours. 5 mois après la dent fut arrachée.

A l'examen histologique la greffe est absolument négative.

La pulpe de la dent a disparu ; dans quelques points seulement peu de cellules, petites, atrophiées ; dans le reste rien ou des débris.

La dent est privée de son périoste, le cément est détruit, la dentine sur plusieurs points est usée et l'usure ne se limite pas à la périphérie, mais s'enfonce dans le tissu de l'ivoire, qui semble dispersé dans ces points.

Implantation

Younger définit ainsi l'implantation :

« Une opération qui consiste à creuser un alvéole dans un maxillaire, soit à la place où il s'en trouvait un autre, que le temps a fait disparaître, soit dans une partie vierge n'ayant jamais eu de dent (alvéole dans lequel on plante une dent). »

Avant Younger les Drs Colignon et Bing en France tentèrent cette opération avec des résultats négatifs. Younger essaya de la reprendre en 1882.

Au point du bord du maxillaire où l'on veut greffer une dent, on pratique une incision en forme de H, profonde

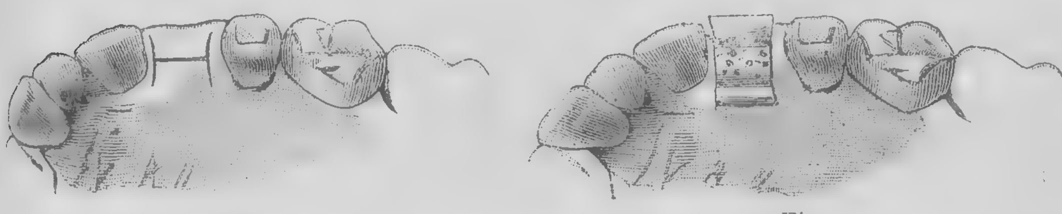


Fig. 4. Fig. 5.

jusqu'à l'os, et l'on soulève les limbes du tissu, en découvrant ainsi la partie où l'on doit creuser l'alvéole.

Avec des fraises spéciales on pratique un trou de la forme de la racine de la dent à implanter, puis la dent est assurée avec une ligature aux dents voisines, ou bien avec un appareil de rétention comme pour la réimplantation et la transplantation. L'antisepsie est observée soit préventivement par des lavages d'acide borique à 3 o/o ou de sublimé à 1 o/o, soit pendant tout le temps de l'opération, en lavant l'alvéole qu'on creuse avec de fréquentes irrigations de solution de sublimé.

Le canal de la racine s'obture avec la gutta-percha et l'apex avec de l'or (méthode Younger) ou avec du salol liquéfié et de l'iodoforme (méthode Amoëdo).

Le Dr Younger conservait d'abord vivantes les dents humaines dans des crêtes de coq et il les arrachait au moment

de la greffe ; ensuite il trouva que les dents pouvaient garder leur vitalité pendant deux jours si elles étaient maintenues dans l'eau chaude à la température de 50 à 60 centi-

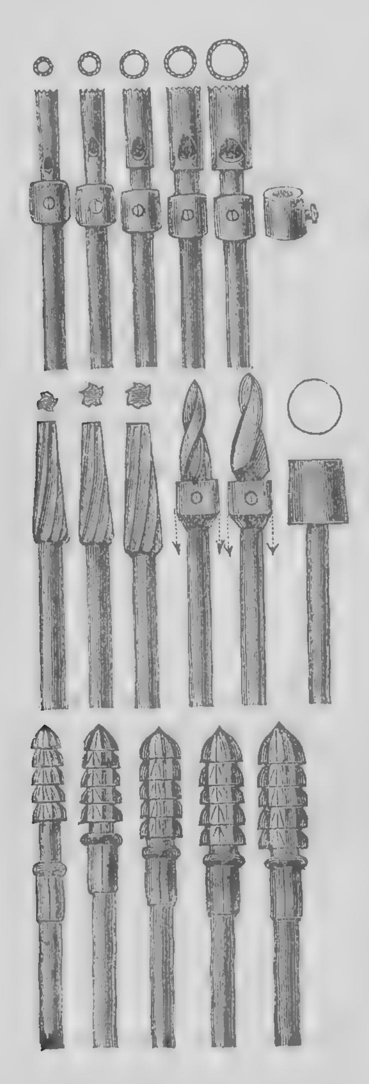


Fig. 6. — *a*) Fraises de Walker-Younger ; *b*) Fraises de Younger et couteaux de Rollins ; *c*) Fraises Ottolengui.

grades. Mais, le 11 mars 1886, Younger pratiqua une implantation avec une dent arrachée depuis 13 mois et 11 jours, et au moment de l'opération il la tint pendant 25 minu-

tes dans l'eau à 120° Fahrenheit pour ramollir le périoste adhérent à la racine.

Les assertions de Younger sont très originales, car il soutient que la dent arrachée de l'alvéole porte avec elle non seulement le périoste dentaire, mais aussi le périoste alvéolaire, l'alvéole restant ainsi dénudé.

Il soutient en outre que le périoste regagne sa vitalité lorsqu'il est ramolli dans l'eau chaude, de manière qu'en greffant la dent l'alvéole creusé artificiellement va se tapisser de périoste alvéolaire, et la dent, qui a aussi son périoste, se trouvera dans les conditions d'une dent saine, c'est-à-dire entourée de péricément, de plasma et de substance osseuse vive. Younger pratique une implantation creuse dans l'alvéole aussi profonde que la longueur de la racine de la dent à greffer, afin que le périoste reste intact pour toute la surface de la racine.

Selon la théorie hardie de Younger, une dent séparée de l'organisme depuis un temps quelconque revient à la vie si on lui redonne les molécules d'eau que le périoste a perdues en se desséchant par le temps.

Amoëdo, à la différence de Younger, admet une fusion entre l'os et la racine de la dent si la surface de la racine est décalcifiée.

« On fait bouillir, dit Amoëdo, les dents dans une solution de sublimé corrosif à 1 o/oo, ensuite on les met dans une solution d'acide chlorhydrique à 10 o/o, pendant trois ou quatre heures, et de temps en temps, avec un couteau stérilisé, on cherche à juger de la profondeur de la décalcification. Lorsque la lame s'enfonce de 1/2 mm. environ, on lave les racines et on les neutralise à l'ammoniaque. Il est sous-entendu que, si la couronne existe, il faut l'isoler de l'acide avec un peu de digue, un tube ou un petit sac de gomme élastique. Les dents décalcifiées ainsi préparées peuvent être conservées dans une solution de phénosalyl à 1 o/o.

» Lorsqu'on veut s'en servir, on élargit le canal de la racine par l'apex et on le remplit de salol liquéfié et d'iodoforme. Cette substance est assez résistante pour rester dans le canal, et assez molle pour pouvoir être résorbée dans le cas de résorption de la racine. »

La dent une fois greffée, il se produit, dit Amoëdo, les phénomènes suivants :

« La dent greffée, dans son rôle de corps étranger, irrite l'os et produit une ostéite avec formation de cellules lymphoïdes qui se placent en rangées et forment une membrane embryonnaire dans toute la périphérie de l'alvéole. Ces cellules embryonnaires avancent vers la racine jusqu'au point de l'envelopper. C'est alors que commencent la décalcification et l'érosion de la racine ; on voit apparaître ensuite des cellules ostéophages, cellules géantes à réaction acide (acide lactique), et ostéoclastes qui forment de petites baies sur la surface de la racine. Si la dent est bien immobilisée, et si l'état général de l'individu qu'on opère est bon, la racine n'agit plus comme corps étranger et le travail de résorption s'arrête. Le tissu embryonnaire formé entre la dent et l'alvéole se vascularise, bientôt apparaissent des ostéoblastes ; des dépôts calcaires s'opèrent insensiblement, on voit la transformation osseuse survenir et amener enfin la soudure de la racine avec la paroi alvéolaire. La démonstration clinique du fait que nous venons d'indiquer est le son clair que ces dents implantées donnent à la percussion et la difficulté de l'extraction, difficulté qui rend parfois impossible l'avulsion de la dent sans fracture, lorsqu'elle s'est consolidée. Logiquement donc la fusion entre la racine et la paroi osseuse aurait lieu seulement à la suite d'un processus biochimique [1]. »

Telle est la théorie d'Amoëdo, théorie qui trouve son appui, selon l'auteur, sur un fait anormal qu'il remarqua par hasard dans un maxillaire.

Dans le laboratoire du Prof. Poirier, Amoëdo trouva le maxillaire inférieur d'un individu de 40 ans, maxillaire qui, du côté gauche, avait une dent de lait à la place de la deuxième petite molaire.

Ayant coupé le maxillaire avec l'espoir d'y rencontrer la petite molaire, il trouva, au contraire, la dent soudée à l'alvéole, le cément détruit en grande partie et remplacé par une prolifération osseuse, mais pas de traces de ligament alvéolo-dentaire.

Les observations sur ce maxillaire et les préparations microscopiques (obtenues par usure, sans décalcification et

1. *Congrès international de médecine*. Rome, 1894.

coloration) furent publiées dans le *Dental Cosmos* de septembre 1894 et dans *L'Odontologie* de juillet 1894 et d'avril 1895.

Amoëdo suppose qu'au temps où cette molaire devait tomber pour faire place à la deuxième petite molaire, le germe de cette dent a joué le rôle de corps étranger, irri-

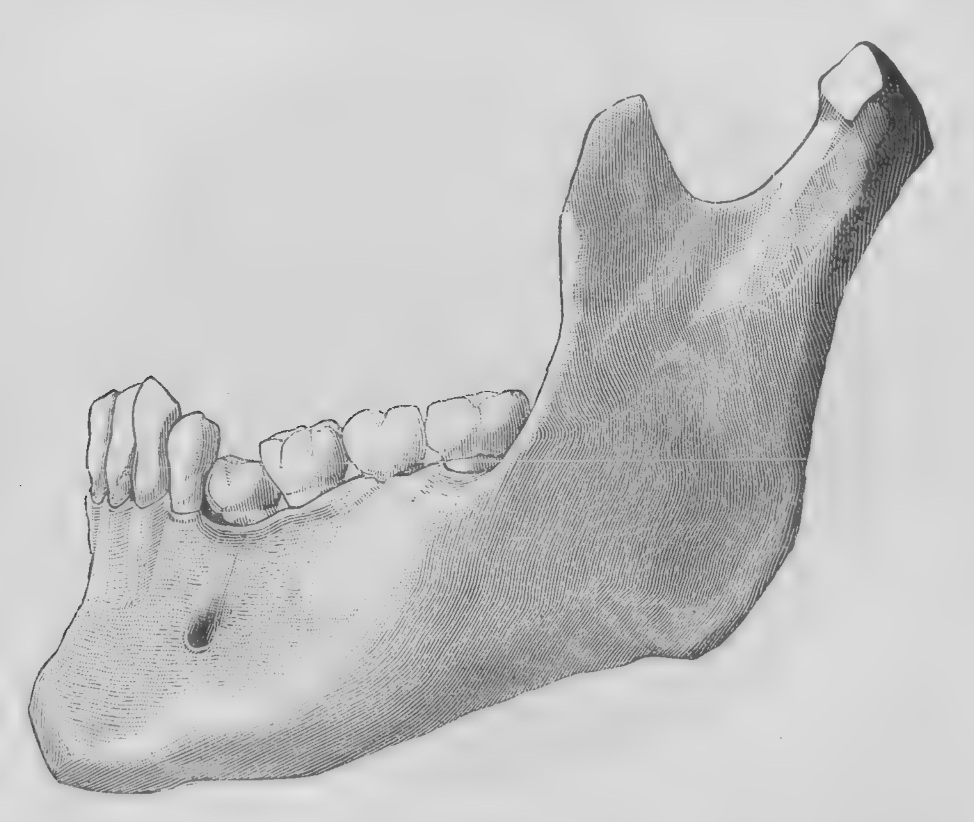


Fig. 7.

tation qui a produit une surexcitation de l'activité dans la région.

L'irritation terminée, un os compacte et riche en corpuscules osseux a rempli les sinuosités à la surface de la racine de la dent, attachée à l'acide lactique des cellules ostéophages.

Avant de se servir de dents sèches, Younger maintenait en vitalité les dents dans des crêtes de coq en suivant

l'expérience de Hunter, mais aussi bien dans les premières opérations que dans les postérieures il a toujours fait usage de dents sèches, car les dents conservées dans les crêtes de coq ne sont pas du tout maintenues en vitalité,

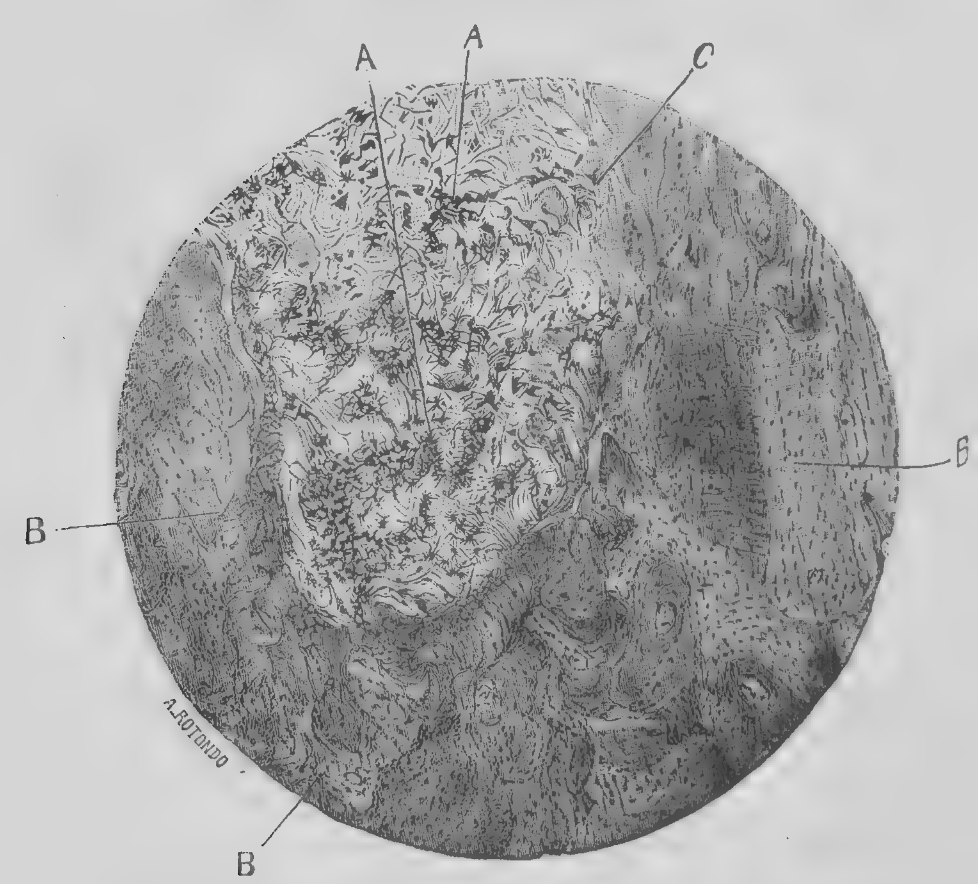


Fig. 8. — Préparation d'Amoëdo — A. Superficie de la racine sur laquelle on voit les cellules du cément. — B. Tissu osseux.— C. Union intime entre le cément et l'os.

aucune union vasculaire n'ayant lieu entre la dent et le tissu qui l'entoure.

Nous avons voulu pour notre compte renouveler l'expérience et dans trois cas nous avons toujours trouvé la dent privée du périoste et maintenue dans la crête par l'élasticité du tissu qui entourait la racine, et aucun moyen de nutrition n'existait pour la dent.

Pour la greffe exécutée sur les premiers coqs les observations furent simplement macroscopiques, mais au troisième coq la crête fut coupée pour une préparation histologique ; avant de la couper, on la serra dans une pince, en laissant la pince après le morceau coupé pendant quel-

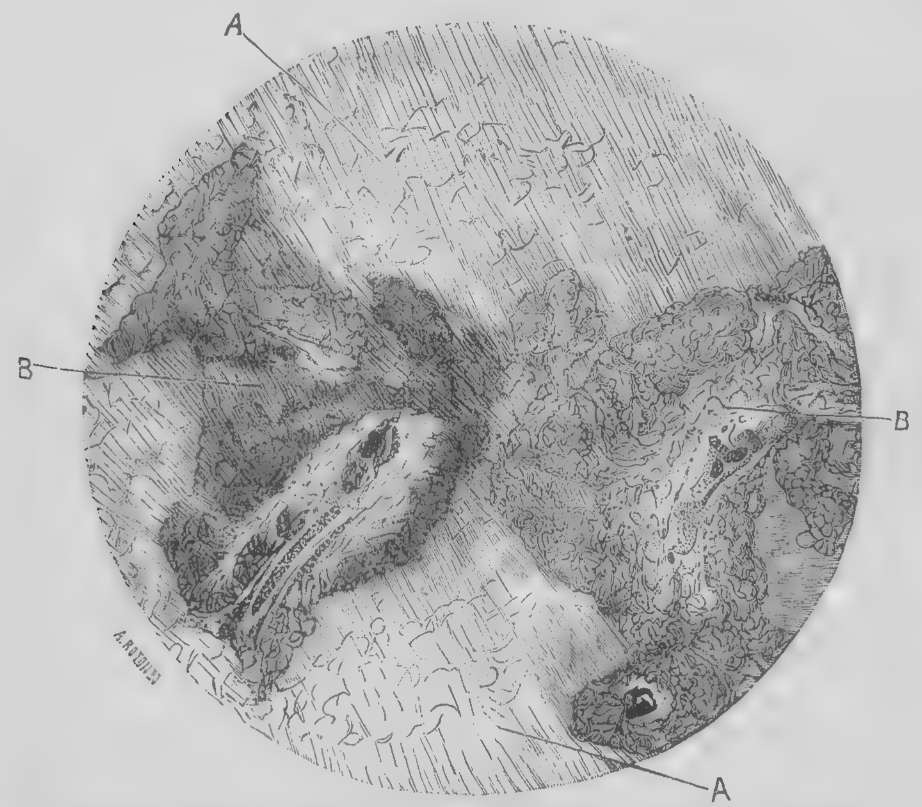


Fig. 9.—Préparation d'Amoëdo.—A. Dentine primitive.—B. Dentine secondaire.

que temps, afin que le sang contenu dans les vaisseaux se coagulât. Cela était destiné à rendre plus évidents les rapports vasculaires entre la dent et la crête de coq, dans le cas où ces rapports auraient existé.

Avant de mettre le morceau dans la formaline, la couronne de la dent avait été coupée pour mieux faire pénétrer le liquide à l'intérieur de la dent, et la pulpe fut trouvée complètement sèche.

En sortant de la formaline le morceau fut décalcifié, lavé,

durci dans les alcools, et, après l'inclusion dans la paraffine, les coupes au microtome furent pratiquées, pour mieux étudier les rapports entre la dent et les parties où la greffe fut faite, dans le cas où ces adhérences se fussent vérifiées. On préféra même dans ce cas la simple coloration avec l'hématoxiline acide d'Ehrlich ou avec l'émalune de Mayer à la double coloration avec l'émalune et l'éosine.

A l'observation microscopique la dentine et le cément n'offrent rien de remarquable. Les deux tissus sont intègres et dans le cément les espaces lacunaires et les petits canaux sont évidents. Du périoste dentaire il ne reste que quelques traces en quelques points de la dent, de même que la pulpe a tout à fait disparu ; seulement en quelques sections on voit des acinis du stroma, presque son squelette et rien de plus.

Le tissu de la crête est vascularisé comme il se présente généralement, et il entoure presque toute la dent, excepté dans quelques points où l'on pourrait parler d'adhérence entre le cément et le tissu où la dent est implantée. Mais précisément ici il manque, du côté du tissu même, les indices d'un processus réactif qui se serait développé en lui : pas de prolifération, pas d'infiltration leucocytaire ; il semble qu'il y ait une inertie du tissu en présence de l'incitation de la dent greffée.

La rétention de la dent dans la crête de coq est donc mécanique, et la dent n'est pas tenue en vitalité. Hunter fut trompé par cette expérience. Il en résulte clairement que les dents sèches ou les dents maintenues en vie dans les crêtes de coq se comportent de même pour l'implantation.

Nous trouvons dès lors superflu de discuter la théorie de Younger, car il est bien facile de renverser le principe que le périoste a la propriété extra-naturelle de revivre, et, s'il s'agit d'une dent arrachée à un cadavre, de survivre à l'individu. La raison, la logique et la science se révoltent devant la théorie de Younger, c'est-à-dire qu'en redonnant au périoste l'équivalent de l'eau que le temps lui a fait per-

dre, il revient à la vie. C'est pour cela que de ce côté nous ne discuterons pas la théorie de Younger, fondée sur la propriété inexistante posthume du périoste ; nous nous occuperons par contre de suivre les phénomènes qui se succèdent après l'opération de l'implantation, soit avec des dents sèches, soit avec des dents décalcifiées.

L'idée de la greffe osseuse n'est pas nouvelle dans la chirurgie générale. Il faut remonter à 1670 pour trouver mention d'une première greffe osseuse exécutée sur un noble Russe, qui perdit, à la suite d'un coup de sabre à la tête, une grande partie du cuir chevelu et une partie osseuse correspondante. L'ouverture du crâne fut fermée avec un morceau de boîte osseuse enlevé à un chien.

Philippe von Walter en 1820 parle d'une réimplantation d'os du crâne. Puis Wolf, de Saint-Pétersbourg, en 1830, et d'autres auteurs traitèrent la réimplantation, jusqu'à Mac Ewen, Ollier, Percy, Poncet de nos jours [1].

L'idée de greffer des morceaux d'os décalcifiés appartient à Senn qui, en 1899, publia un mémoire sur cette opération, avec dix observations sur dix cas d'ostéomyélite simple et tuberculeuse traités avec sa méthode. Mackie en 1890, Rose, Kraulein, Glück et d'autres encore publièrent à la même époque des mémoires et des observations sur la greffe de morceaux d'os décalcifiés, et aujourd'hui la littérature médicale est riche en travaux sur ce sujet et la valeur de ces opérations est très connue.

Salzer, en 1899, interposa entre les deux os longs des animaux un morceau de verre et Dementien plaça dans des genoux de chiens un morceau de fer, qu'il trouva, après quelque temps, recouvert d'une couche de fibrine.

Rendons donc à César ce qui est à César : les transplantations comme les implantations avec les méthodes Younger, Amoëdo et Znamenski ne sont à peu près que les méthodes de Walter, Senn et Salzer appliquées en odontologie.

Ollier a bien démontré ce qui arrive avec la greffe des

---

1. Buscarlet, *La greffe osseuse chez l'homme*. Paris, 1891.

os frais, en tentant cette opération avec des chevilles d'os de lapin, de bœuf et de mouton ; dans six cas de pseudarthrose et en cinq ou six mois les os furent résorbés.

Les greffes massives se résorbent plus lentement, les greffes de fragments avec plus de rapidité.

Seulement dans le cas où les fragments osseux sont greffés dans une gaine périostique vidée de son contenu osseux, ils se résorbent trois ou quatre mois après, permettant une réossification plus abondante [1].

Il en est des fragments osseux dans les cas de fracture comme de la greffe. Si les fragments sont encore adhérents au périoste de l'os, ils continuent à vivre et sont inclus dans le cal périphérique. S'ils sont libres, surtout ceux qui sont lancés loin de la fracture, ils sont résorbés [2].

Quant à la greffe des os décalcifiés avec l'acide chlorhydrique, de Senn jusqu'à Miller, Murray, etc., excepté quelques insuccès, tous les auteurs affirment que l'os décalcifié se résorbe après quelque temps (W. B. Hopkins et Ch. B. Penrose disent entre la cinquième et la huitième semaine) avec néoformation de tissu osseux qui remplace l'os greffé.

L'examen microscopique montra à Mackie l'infiltration de l'os décalcifié par de petites cellules rondes plus nombreuses à la périphérie et diminuant peu à peu de nombre du côté du périoste, qui sont, dit-il, des ostéoblastes.

Sur le bord de l'orifice, le tissu est composé de tissu embryonnaire ; vers la périphérie de l'os implanté les cellules sont disposées entre les lamelles en rangées, et en cercles autour des canaux de Havers.

En somme, l'os décalcifié est détruit en tout ou en partie par l'action des ostéoclastes, et l'os nouveau est reproduit par les ostéoblastes avec ou sans formation de tissu embryonnaire.

---

1. Ollier, *Greffe osseuse. Bulletin Acad. méd.*, 2 avril 1873. *Traité expérimental et clinique de la régénération des os.* Masson, 1867.

2. Le Dentu et Delbert, *Traité de chirurgie clinique et opératoire*, vol. 2. *Évolution anatomique des fractures fermées.* Paris, Baillière, 1896.

Dans la transplantation, comme il n'est pas possible de trouver une dent d'une forme identique à celle de l'alvéole vidé, nous sommes obligés d'élargir l'alvéole ou de limer et de couper la racine. Nous nous trouvons donc dans le même cas que celui d'une greffe avec un os frais et à peu près dans les mêmes conditions que pour l'implantation du système Younger, avec la seule différence que dans l'alvéole creux on greffe une dent sèche.

La méthode Amoëdo ressemble à la méthode Senn ; la seule différence, c'est que les os se décalcifient entièrement et les racines des dents seulement à la surface.

Les résultats sont identiques : les racines sont résorbées lentement et un tissu osseux, qui remplit les vides laissés des racines qui se détruisent petit à petit, vient combler les alvéoles.

Dans la greffe osseuse la résorption est plus rapide, et cela pour une raison très simple : les dents sont d'un tissu plus compacte que les os, elles en diffèrent par leur structure et leur composition chimique et offrent ainsi plus de résistance que les os.

Dans la greffe Amoëdo la résorption de la surface de la racine a lieu en peu de temps, comme pour la greffe des os décalcifiés. Lorsque le processus est arrivé à la couche de la racine non décalcifiée, la résorption rapide cesse et un travail plus lent commence, offrant à la racine une résistance plus grande que celle qu'offrait la couche supérieure qui avait été traitée avec l'acide chlorhydrique dans la décalcification. C'est ainsi qu'on explique le phénomène qui s'observe dans l'implantation Amoëdo, c'est-à-dire que les dents greffées acquièrent une certaine solidité après quelque temps puis finissent par tomber. Les cellules ostéoblastes qui se forment à la surface de l'alvéole creusé, lorsqu'elles sont arrivées à la couche de dentine non décalcifiée, entretiennent la dent mécaniquement, sans qu'aucune fusion se produise avec l'alvéole ; puis, à mesure que la racine est résorbée plus ou moins lentement, l'alvéole se comble de tissu osseux.

Dans l'implantation Younger la première période de résorption rapide de la surface de la racine fait défaut, car la couche décalcifiée manque ; au contraire, dès le premier moment il se produit des phénomènes qui ont lieu dans la seconde période de la méthode Amoëdo. Un processus pareil arrive dans le cas de la transplantation.

Les dents se résorbent dans les cas de greffe, cela est démontré par l'expérience de Paul Bert. Il greffa dans le péritoine d'un rat le maxillaire supérieur d'un rat nouveau-né, et deux mois après il trouva l'organe entouré d'un kyste très épais et vascularisé ; l'os maxillaire présentait une grande anomalie de forme et les dents n'existaient plus complètement [1].

Amoëdo dit :

« Si la dent est bien immobilisée, et si l'état général de l'individu que l'on opère est bon, la racine n'agit plus comme corps étranger et le travail de résorption s'arrête. »

Mais si les cellules ostéophages à réaction acide attaquent la surface de la racine de manière à former de petites baies, cela veut dire qu'une nouvelle couche de racine se décalcifie, couche qui, à son tour, est résorbée ; et ce processus se répète continuellement jusqu'à l'expulsion de la dent.

Il ne faut pas dire que le phénomène de la molaire soudée au maxillaire est de nature à faire supposer une fusion entre la dent et l'alvéole dans l'implantation : cette molaire se trouve dans une condition bien différente de celle d'une dent greffée, quand le processus de fusion eut lieu. Il faut considérer que la dent était en vie lorsque le phénomène arriva ; il faut considérer encore que le cément des racines des dents temporaires ou permanentes a quelque analogie avec le tissu des os, qu'on y peut trouver des canaux de Havers et que ceux-ci sont plus nombreux dans certaines conditions pathologiques ; qu'on y observe quelque-

1. Bert. *De la greffe animale*. Paris, 1863.

fois des fibres de Sharpey, comme l'ont démontré Gysi et Röse ; enfin, que dans le cément on remarque une disposition lamellaire. Il ne faut donc pas s'étonner d'une synostose entre la dent et l'alvéole, quoique le cas soit très rare, quelle que soit la cause qui l'a produite.

Ce qui résulte de plus dans les préparations histologiques de cette molaire, c'est précisément la fusion entre le cément et l'os, de manière que dans quelques points la limite de ces deux tissus ne se distingue pas, chose qui est notée par Amoëdo même. Évidemment il y a eu une hyperplasie du cément et de l'os, et les éléments des deux se sont fondus, d'où est résultée une ankylose.

Mais le cas de l'implantation est bien différent, car il s'agit de dents décalcifiées, et lorsque la première couche est résorbée, la dentine est sèche et diffère essentiellement du tissu osseux. Cela ne soutient donc pas la comparaison entre la dent du maxillaire trouvé dans le laboratoire du professeur Poirier et une dent greffée.

Les dents implantées restent solides pendant un certain temps dans l'alvéole artificiel, retenues mécaniquement par l'hypergenèse du tissu osseux, comme nous l'avons déjà dit, et non par fusion.

Au point de vue théorique donc, l'implantation n'est pas une opération qu'il faut conseiller et la pratique a démontré sa valeur. Amoëdo aussi, même restant le défenseur de sa méthode, a dû ensuite modifier son opinion sur l'implantation. En effet, au Congrès dentaire tenu à Paris en octobre 1897, Amoëdo traitant cette question dit :

« Je considère comme contre-indiquées les implantations dentaires dans les cas où les molaires manquent et lorsque l'individu est obligé par la suite de manger avec les dents greffées exclusivement. »

Cela équivaut à dire qu'Amoëdo convient qu'on ne peut pas compter sur la résistance des dents implantées. S'il y avait fusion entre la racine et l'alvéole, les dents greffées seraient beaucoup plus solides que les dents naturelles.

Obs. V.

La dent incisive supérieure centrale de gauche, affectée de carie avec péricémentite aiguë, fut avulsée à Mme Resa K..., de Leipzig.

Le dentiste qui opéra la dame à Venise appliqua une dent artificielle avec une plaque en caoutchouc; mais ensuite la patiente s'étant rendue à Nice et ayant consulté un autre dentiste, celui-ci implanta une dent avec racine naturelle et une couronne de Logan.

L'opération fut exécutée dans les premiers jours de mars 1898 et la patiente ne sait pas s'il s'agissait d'une racine sèche ou décalcifiée.

La dent implantée depuis que l'appareil de rétention fut enlevé, était légèrement branlante et depuis ce moment peu à peu l'ébranlement augmenta jusqu'au mois de mai 1900, époque à laquelle la dame en route pour Naples vint pour se faire examiner.

La dent était très branlante. A la pression il n'y avait pas de pus entre la dent et l'alvéole; la gencive était de couleur plutôt normale vers le collet, mais hyperémique vers l'apex. La patiente assurait qu'elle n'avait jamais pu se servir de cette dent pour la mastication, La dent, qui était restée implantée à peu près deux ans, une fois extraite, n'offrit pas de résistance à l'avulsion, et la racine se présentait profondément érodée tellement que dans un point on apercevait le pivot en platine de la couronne de Logan.

La préparation histologique, obtenue par usure, montre à l'observation microscopique le bord de l'érosion limité par des lacunes et des sinuosités de différentes grandeurs. Les canaux du cément ont disparu et en quelques points ils sont à peine visibles. On remarque aux endroits où la dentine est érodée une désorganisation du tissu, une espèce d'amas granulaire confus, et les canaux dentinaires à proximité de cet amas ont un diamètre plus grand qu'à l'intérieur de la dentine.

Obs. VI.

L'incisive inférieure gauche a été extraite à un chien et un mois après la même incisive a été implantée à sa place primitive.

Avant l'opération on avait fait bouillir la dent dans une solution de bichlorure de mercure à 1 o/oo, puis on l'avait laissée pendant 30' dans l'eau chaude à 45 degrés centigrades. Ensuite la chambre pulpaire fut fermée avec de la gutta-percha et la dent fut implantée et fixée aux voisines par une ligature métallique. Dix-huit jours après la ligature fut enlevée, mais la dent branlait tellement qu'il fut nécessaire de la relier à l'autre incisive. Deux mois après la ligature fut définitivement ôtée, mais la dent était toujours vacillante. Le treizième jour l'incisive était tombée.

Obs. VII.

La canine supérieure droite est arrachée à un chien et est implantée deux mois après avec la méthode Amoëdo.

La ligature de cette dent implantée fut retirée quarante-cinq jours après, et le troisième mois le morceau de maxillaire qui la retenait fut coupé conjointement avec une incisive latérale, afin de rendre possible une comparaison entre l'alvéole de la dent implantée et un alvéole sain.

Microscopiquement la dent était mobile dans l'alvéole, et l'examen histologique démontra que la greffe était complètement négative.

La dent est atrophiée, les parties dures sont notablement réduites. La chambre pulpaire est agrandie et la substance qui la remplissait est complètement résorbée.

Dans l'alvéole on observe sur plusieurs points une résorption lacunaire de l'os; et dans le point où cette résorption est plus remarquable, on peut noter une résorption plus grande de la racine de la dent.

Une statistique exacte sur la greffe n'est pas possible, car parmi les auteurs qui ont traité cette opération quelques-uns parlent de cas séparés, les autres ne font que rapporter les résultats obtenus peu de temps après les opérations, sans signaler les résultats que le temps seul pouvait fournir.

Magitot, sur cent cas de réimplantation, eut quatre-vingt-douze guérisons et huit insuccès, et les premières furent constatées à peu près dix-huit jours après les opérations. Magitot ne dit pas ce qui arriva à la suite des quatre-vingt-douze réimplantations.

Buschendorff, de Hambourg, parle d'une réimplantation qui résista neuf ans. Baumeister dit que les dents avulsées par accident, lorsqu'elles sont réimplantées, peuvent rester en vie jusqu'à dix ans.

Toujours pour la réimplantation nous pouvons citer des cas favorables : Hunter trouva une dent solidement implantée dans l'alvéole quatre ans après l'opération ; Coleman et Lyons eurent sept guérisons sur quatorze opérations; Bourdet cite une réimplantation qui dura six ans et Taft

une autre qui dura quatorze ans. Richard-Chauvin présenta au Congrès de Paris en 1889 un sujet avec une dent réimplantée depuis trois ans et Meng un autre depuis deux ans.

Enfin Bugnot affirme qu'un cas a duré vingt ans et Ronnet un autre vingt-sept ans!

Ainsi nous pouvons citer des cas favorables à la transplantation et à l'implantation.

Laforgue, Richerand, Maury et autres encore ne croient guère à cette opération. Hunter eut à observer sept cas de transplantation de nature infectieuse et Lettson reconnut dans plusieurs cas des signes manifestes de syphilis.

Rollet dans son *Traité des maladies vénériennes*, affirme que la syphilis peut être inoculée par la transplantation des dents.

Mitscherlich transplanta des dents sèches dans des alvéoles vides depuis peu et eut, sur dix-huit cas, onze insuccès; sur les autres, l'un dura deux ans et les autres de six semaines à dix-huit mois.

Plus récemment le Dr Sauvez, parlant de la transplantation, disait à la Société d'odontologie de Paris :

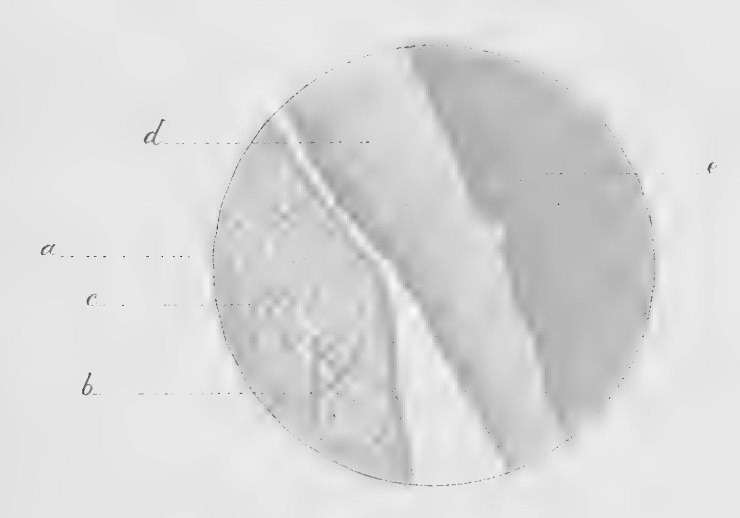
« Je crois, comme le succès d'une transplantation est toujours hasardeux, qu'il est préférable de causer le moins de désordres possible du côté de l'os. »

Sur l'implantation, excepté quelques cas présentés par Amoëdo, la statistique est des plus défavorables, et même sur les cas présentés par Amoëdo il faut être réservé. Le temps leur donnera leur vraie valeur.

Mendel-Joseph, Cunningham, Roy, Lister n'ont pas remarqué d'insuccès; Roy, parlant des deux méthodes Younger et Amoëdo, dit :

« Les résultats sont identiques. Alors, pourquoi la décalcification ? Ce n'est qu'une complication de l'opération, complication qui n'est pas nécessaire, car elle n'apporte pas d'avantages. »

Obser. I.



Microscope Hartnack - Obj. 4 - Oc. 3.

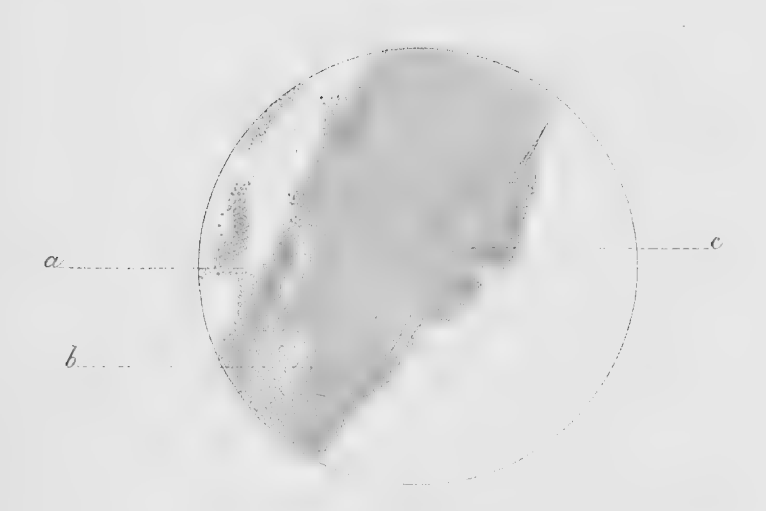
a — pulpe avec une grande hyperplasie du réseau vasculaire
b — vaisseaux sanguines fortement injectés
c — élements de proliferation qui infiltrent la pulpe
d — dentine
e — périoste



Obj. 7 - Oc. 3.

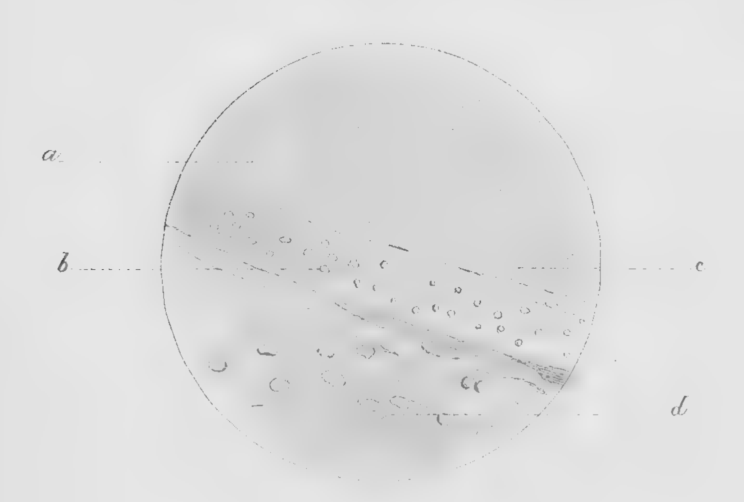
a — périoste fortement épaissi
b — dentine
c — érosion de la dentine

Obser. IV.



Obj. 4 - Oc. 3.

a — vacualisation de la pulpe
b — apex de la racine
c — érosion qui s'approfondi dans la dentine



Obj. 2 - Oc. 4.

Dent umaine gréffée dans une crête de coq.

a — dentine
b — ciment
c — ligne des espaces interglobulaires
d — crête de coq.

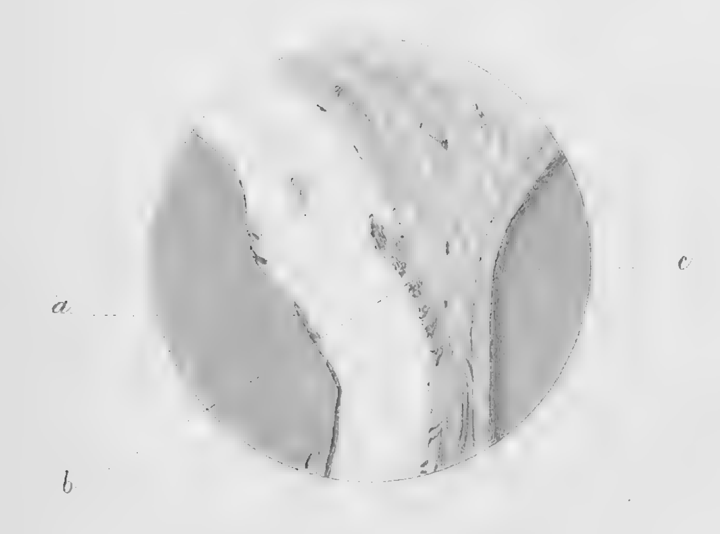
Obser. V.



Obj. 4 - Oc. 2.

a — dentine
b — ciment
c — canalicules de la dentine d'un diamètre plus gros du normal

Obser. VII.



Obj. 4 - Oc. 7.

a — dent greffée avec la surface résorbée
b — résorption de l'os
c — dent limitrophe en conditions normales

Conclusion.

Une dent séparée de l'organisme et réimplantée peut rester en vie et reprendre ses adhérences. La dent remise à sa place, toute la surface de la racine s'adaptera à celle de l'alvéole et, à cause de la position mécanique favorable, la circulation sanguine se rétablira facilement, comme dans une blessure qui guérit par réunion immédiate.

La réimplantation dans ces conditions ressemble à la greffe d'un morceau de tissu détaché.

« Réappliquant le morceau détaché, les canaux qui y sont contenus se laisseront aisément pénétrer par les courants positifs de la surface sanglante[1]. »

Dans la réimplantation donc les parois alvéolaires et le périoste adhérant à la racine de la dent doivent rester intégrales. Pour obtenir cela il faut une juste manœuvre opérative, et il faut recourir à cette opération dans les seuls cas de luxation et comme *suprema vis remedii* dans le traitement des dents.

Les opérations de transplantation et d'implantation, au contraire, doivent être exclues de la pratique odontologique.

Comme dans la transplantation il n'est pas possible de trouver une dent avec une racine de la même forme que l'alvéole, on est obligé de couper et de limer la racine ou d'élargir l'alvéole, et alors l'opération est une greffe osseuse et le résultat sera la résorption de la racine. Elle arrivera également avec les dents implantées, qu'elles aient la surface de la racine décalcifiée, ou que toute la racine soit sèche.

Dans la plupart des cas on constate dans la transplantation et dans l'implantation une résorption lacunaire de l'os et de la racine, de manière que la dent tombe en peu de temps.

Dans le cas apparemment favorable de cette espèce de

1. D'Antona, *Lezioni di patologia chirurgica.*

greffe, c'est-à-dire lorsqu'il se détermine une ostéite condensante, on a une rétention temporaire et mécanique de la dent. L'hypergenèse du tissu osseux maintient la dent, mais la racine est peu à peu résorbée et la dent tombe.

Dans l'implantation avec la racine décalcifiée il ne peut y avoir aucune fusion entre les racines et l'alvéole, car la dent implantée est un corps sans vitalité et la dentine ne peut pas se souder au tissu osseux.



SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ D'ODONTOLOGIE DE PARIS

SÉANCE DE DÉMONSTRATIONS PRATIQUES DU DIMANCHE 11 JANVIER 1903

Cette séance, la première organisée par le nouveau bureau de la Société, a obtenu un succès complet ; plus de 80 membres étaient présents, et l'on remarquait, à côté de MM. Godon, Martinier, Lemerle, Bonnard, d'Argent, Gillard, Devoucoux, etc., de nombreux anciens élèves, diplômés des dernières années et un grand nombre d'élèves en cours d'études. Les démonstrateurs ont été écoutés avec la plus vive attention et les nombreuses questions qui ont été posées à chacun d'eux dans le but de préciser certains points de leur technique spéciale ont rendu évident l'intérêt de leurs travaux.

I. — Traitement de la carie du 4e degré par l'acide sulfurique, par le Dr Siffre, professeur a l'Ecole odontotechnique.

M. Siffre montre d'abord des fragments d'ivoire sec qui ont séjourné plus de vingt-quatre heures dans l'acide sulfurique : chacun peut constater que l'ivoire sec, mis en contact avec l'acide sulfurique, ne subit aucune altération.

M. Siffre se sert, pour le nettoyage des canaux, de sondes en cuivre, en acier ou en fer; il s'agit de simples alésoirs, courts et fins, assez flexibles, différant des équarrissoirs habituels en ce que, régulièrement arrondis, ils ne présentent aucune crête. L'acide sulfurique n'a aucune action sur ces sondes et il n'altère nullement le métal qui les compose : acier, fer ou cuivre.

Pour répondre à une objection faite à l'une des séances de la Société d'Odontologie par M. Cecconi, M. Siffre démontre d'une façon péremptoire que les mèches d'ouate imbibées d'acide sulfurique sortent intactes du canal autour de la sonde sur laquelle elles ont été enroulées; elles ne sont donc pas détruites par l'acide sulfurique, ainsi que M. Cecconi l'avait objecté.

Ces préliminaires établis, M. Siffre passe successivement au traitement de deux caries du 4e degré. Dans un cas, il s'agit d'une prémolaire supérieure chez une enfant de 15 ans : la carie a détruit toute la couronne ; seules les racines restent. M. Siffre commence par le nettoyage mécanique des deux canaux, avec ses alésoirs et, très rapidement, il entreprend le traitement par l'acide sulfurique.

Les sondes, entourées de quelques fibrilles d'ouate très légèrement imbibées d'acide sulfurique, sont successivement introduites dans les canaux ; les premières répandent à leur sortie l'odeur caractéristique de la gangrène pulpaire ; peu à peu l'odeur devint moins infecte, et, lorsque quarante-deux mèches ont été introduites, les membres présents constatent l'absence absolue d'odeur des dernières mèches. M. Siffre laisse alors dans chaque canal quelques fibrilles d'ouate imbibées de traumaticine (solution de gutta-percha, 10 parties, dans le chloroforme, 90 parties) et le traitement est terminé.

Dans le second cas, il s'agit d'une carie du 4e degré d'une face postérieure de canine supérieure chez une femme de 35 ans. M. Siffre procède comme précédemment et il lui suffit d'introduire une trentaine de mèches pour obtenir une désinfection parfaite. Le canal est obturé, comme dans le cas précédent, avec de la traumaticine. L'application de ce procédé est d'exécution facile : les malades n'accusent aucune douleur durant le traitement.

Ces deux malades ont été confiés à un élève de 3e année : durant la semaine suivante, aucun accident n'est survenu, et, le samedi 17 janvier, les dents ont été obturées définitivement. Les résultats sont donc des plus satisfaisants.

II. — Stérilisation de la dentine, par M. Choquet, professeur suppléant a l'Ecole dentaire.

M. Choquet choisit pour sa démonstration une carie du 2e degré siégeant sur la face mésiale d'une canine supérieure droite ; le 2e degré est avancé et une assez mince couche de dentine protège la pulpe.

La cavité est tout d'abord nettoyée à la fraise et ce nettoyage mécanique est fait aussi complètement qu'il est possible. M. Choquet dessèche la cavité ensuite avec de l'air tiède ; puis il la lave avec de l'alcool à 70°. Il procède à un nouveau séchage par l'air tiède de façon à assurer une déshydratation parfaite. Ce séchage est immédiatement suivi d'un nouveau lavage à l'alcool, mais, cette fois-ci, l'alcool employé n'est plus de l'alcool à 70°, c'est de l'alcool à 90°. M. Choquet fait alors dans la cavité une application de xyléna, et il termine le traitement en plaçant dans le fond de la cavité une pâte formée de xyléna et d'hydronaphtol pulvérisé. Cette pâte est portée dans la ca-

vité à l'aide d'une boulette d'ouate hydrophile, et elle est tassée avec le plus grand soin sur toutes les parois de la cavité.

M. Choquet fait à ce moment remarquer que la pâte ainsi déposée dans la dent paraît sèche et chacun constate l'exactitude de la remarque du démonstrateur. M. Choquet, à l'aide de la poire à air, insuffle dans la cavité un courant d'air, non pas tiède, mais chaud, et l'on voit la pâte se ramollir par suite de l'apparition d'un liquide noirâtre résultant de l'exsudation du liquide contenu dans le xyléna. Dès que le courant d'air chaud est interrompu, le liquide disparaît et la pâte reprend l'aspect sec qu'elle avait primitivement. M. Choquet remplit alors la cavité de gutta et confie la malade à un élève de troisième année.

La malade a été observée durant les huit jours suivants : aucun accident n'est survenu ; la dent a reçu alors une obturation définitive au ciment.

III. — Les extractions dentaires sous le chloroforme dans la position de Röse, par le Dr Friteau, professeur a l'Ecole dentaire.

M. Friteau présente une méthode qu'il enseigne depuis près de quatre ans à l'Ecole dentaire et qui permet de faire l'extraction des dents inférieures avec les daviers des dents supérieures avec une grande facilité. Le malade qui sert à la démonstration présente neuf grosses molaires à extraire, six à la mâchoire inférieure, trois à la mâchoire supérieure : c'est d'un homme vigoureux, de 31 ans, ne présentant aucune contre-indication à l'anesthésie générale. Le malade est endormi par la méthode des gouttes ; au bout de huit minutes, après avoir absorbé 6 à 7 grammes de chloroforme, il est en résolution musculaire. — Il est alors mis dans la position de Röse : les épaules affleurent le bord de la table et la tête est pendante. Pour les extractions des dents supérieures, un aide soutient la tête pour permettre l'enfoncement des mors du davier : les trois molaires supérieures droites sont enlevées avec les daviers appropriés et, comme le malade ne manifeste aucun signe de réveil, M. Friteau procède à l'extraction des trois dents inférieures du même côté. M. Friteau se sert du davier à dent de sagesse supérieure : placé derrière et au-dessus de la tête du malade, il maintient fortement le maxillaire inférieur avec sa main gauche. La pénétration des mors du davier est facile avec le soutien fourni par la main gauche, et chacun constate que le davier est, dans cette position de Röse, très facile à mettre dans l'axe de la dent à extraire. Le malade manifeste alors quelques signes de réveil : M. Friteau lui administre cinq à six doses contenant chacune trois gouttes de chloroforme et bientôt il est de nouveau en complète réso-

lution musculaire. Les trois dents inférieures qui restent à extraire (les trois grosses molaires inférieures gauches) sont enlevées par M. Friteau avec le même davier que précédemment.

Les différents membres présents constatent les avantages nombreux de la position de Röse : le sang s'accumule sur la voûte du palais et ne gène pas l'opérateur; les dents inférieures, si difficiles à extraire dans le décubitus horizontal avec les daviers appropriés, paraissent beaucoup plus aisées à extraire dans cette position et les daviers des dents supérieures semblent parfaitement convenir à leur extraction. M. Friteau fait remarquer que le davier à dent de sagesse supérieure dont il s'est servi pour les molaires inférieures n'a subi aucune modification : il en fait modifier un dont les mors seront appropriés aux racines des molaires inférieures et le résultat ne pourra être que meilleur.

Pour les prémolaires inférieures, M. Friteau se sert du davier à prémolaires supérieures ; pour les incisives et les canines inférieures, un davier à incisives supérieures donne d'excellents résultats.

IV. — Anesthésie générale par le somnoforme, par M. Blatter, chef de clinique a l'École dentaire.

Les quatre malades que M. Blatter soumet successivement à la narcose somnoformique démontrent une fois de plus les excellentes qualités anesthésiques du somnoforme. L'action est rapide ; les phénomènes d'excitation sont rares ; la narcose est souvent assez longue pour pratiquer plusieurs extractions ; le réveil est subit et sans malaise.

Le premier opéré est un enfant de 7 ans. En 30 secondes, avec 3 centimètres cubes de somnoforme, le sommeil est complet avec résolution musculaire absolue. La dent de 6 ans inférieure droite est extraite. La narcose dure 40 secondes ; l'enfant se réveille, il ne se souvient de rien.

Le deuxième sujet est une femme de 27 ans. M. Blatter donne 5 centimètres cubes de somnoforme ; au début la respiration s'accélère, mais elle reprend bientôt son rythme normal ; au bout de 40 secondes, la résolution musculaire est obtenue et le réflexe oculo-palpébral est aboli. La dent de 12 ans inférieure gauche, et les racines des deux prémolaires supérieures du même côté sont enlevées. La malade se réveille : la narcose a duré une minute.

Un homme de 32 ans, vigoureux, alcoolique, est alors endormi. M. Blatter lui administre d'emblée 10 centimètres cubes de somnoforme ; on n'observe aucune excitation ; le malade s'endort avec la plus parfaite tranquillité. L'anesthésie confirmée est obtenue en 35 secondes ; l'extraction d'une deuxième grosse molaire inférieure

est pratiquée ; cette extraction est laborieuse, elle dure plus d'une minute. Vers la fin de l'opération, le malade s'agite légèrement ; mais, à son réveil, il affirme n'avoir ressenti aucune douleur.

Le dernier patient est un homme de 38 ans. M. Blatter lui administre 5 centimètres cubes de somnoforme ; au bout de 15 secondes le malade est en résolution musculaire. L'extraction est un peu laborieuse ; pendant qu'on la pratique, le malade crie et se débat. Lorsque, après le réveil, on lui demande s'il a ressenti quelque douleur, il raconte qu'il a suivi les diverses phases de l'intervention, ainsi que la conversation des assistants, mais il affirme n'avoir éprouvé aucune douleur.

V. — Anesthésie locale par la cocaine, par M. Loup, professeur a l'École dentaire.

Les opérations pratiquées par M. Loup sont précédées d'une explication avec dessins au tableau noir des points spéciaux de technique dont il préconise l'application. Ces points spéciaux de technique feront l'objet d'une communication à la prochaine réunion de la Société ; nous renvoyons donc le lecteur à cette communication que le journal publiera dans le courant du mois de mars. Contentons-nous de dire dans ce compte rendu que l'injection de cocaïne est toujours faite par M. Loup dans cette partie épaissie de la muqueuse gingivale qui sertit le collet des dents, et que l'ouverture en bec de flûte de l'aiguille est orientée du côté où l'on veut déposer le liquide anesthésique.

M. Loup se sert d'une solution de cocaïne à 1 p. 0/0.

A un premier malade, M. Loup fait, sur chaque face de la gencive, une injection (un demi-centimètre cube de solution) dans la partie épaissie de la muqueuse qui entoure le collet ; il pousse les injections très lentement, faisant virer sur les différentes faces l'ouverture de l'aiguille. La muqueuse pâlit ; après 3 à 4 minutes d'attente, l'extraction est faite ; le malade n'a manifesté aucune douleur. Il s'agissait d'une prémolaire supérieure.

M. Loup procède de la même façon sur un autre patient pour enlever une grosse molaire inférieure ; il augmente le nombre des piqûres, mais n'accroît pas la dose de solution. Le résultat anesthésique est aussi bon.

Sur un troisième malade, chez lequel les gencives sont en excellent état, M. Loup doit enlever quatre racines de dents inférieures droites : la canine, les deux prémolaires et la racine antérieure de la dent de six ans. Le nombre des piqûres gingivales est de 2 par racine ; l'injection est toujours lentement poussée dans la gencive tout autour du collet ; l'aiguille est tournée vers les différentes

faces sur lesquelles la cocaïne doit être portée ; deux centimètres cubes de la solution à 1 o/o sont injectés pour les quatre racines contiguës. Le résultat est parfait : les extractions sont pratiquées et le malade n'accuse aucune douleur.

Nous lirons donc avec intérêt la communication de M. Loup qui mettra complètement en lumière les particularités techniques qu'il a imaginées.

* * *

Cette longue et fructueuse séance se termine par la démonstration de M. Loup, et les membres de la Société se séparent non sans promettre de revenir à la séance dominicale de février.



JURISPRUDENCE PROFESSIONNELLE

L'Odontologie fait traiter ici par son collaborateur spécial les questions de jurisprudence que ses lecteurs désirent faire élucider.

Sous le titre : PHARMACIENS ET CHIRURGIENS-DENTISTES, le *Courrier de La Rochelle* (du 11 décembre 1902), résume un jugement dont ni la date, ni les termes précis ne sont indiqués, mais qui présente un grand intérêt pour les lecteurs de *L'Odontologie*.

Voici, au surplus, comment il s'exprime :

« Le jugement dont nous avons parlé dans notre dernier numéro, concernant *M. Guérineau, pharmacien* à Châtelaillon, était l'épilogue de l'affaire *Sardin*.

» On se souvient de la mort malheureuse et regrettable de M. Sardin, *chirurgien-dentiste* à La Rochelle. Un instant, on avait supposé que ce décès, arrivé subitement, était la conséquence du médicament délivré par le pharmacien sur l'ordonnance rédigée par la victime elle-même. Il n'en était rien. Les analyses faites à La Rochelle et au laboratoire de Bordeaux prouvèrent que cette fin, arrivée dans de si pénibles conditions, n'avait aucune relation avec le médicament fourni par le pharmacien; et de ce fait, *M. Guérineau* a bénéficié, de la part de la justice, d'une ordonnance de non-lieu.

» Mais M. Guérineau était-il fautif d'avoir délivré une potion sur une ordonnance d'un dentiste ?

» C'est le fait qui a été relevé contre le pharmacien de Châtelaillon, et qui le menait en police correctionnelle. L'affaire intéresse tout particulièrement les *pharmaciens*, et c'est à ce titre que nous la relevons aujourd'hui.

» Non, a dit le tribunal, un pharmacien ne doit pas exécuter les ordonnances d'un dentiste. Assurément, le prévenu était d'une absolue bonne foi ; et le tribunal, en le condamnant à 25 fr. d'amende, *avec sursis*, a presque prononcé un acquittement. Mais la loi du 19 juillet 1845 et l'article 5 de l'ordonnance royale du 29 octobre 1846 sont formels à cet égard.

» Certes, les chirurgiens-dentistes emploient des substances extrêmement dangereuses, mais dans des proportions tellement infinitésimales (et pour des pansements purement locaux) qu'elles ne sauraient présenter le moindre danger pour leurs clients. Il n'en est pas moins établi que les pharmaciens — malgré l'érudition dont les dentistes font preuve aujourd'hui — ne sauraient livrer de médicaments que sur des prescriptions émanant d'un médecin, d'un chirurgien ou d'un officier de santé.

» La science dentaire a fait de tels progrès et les praticiens offrent de telles garanties, qu'ils auraient peut-être intérêt à provoquer une réforme de la loi en ce qui les concerne. »

L'affaire intéresse, dit le *Courrier de La Rochelle*, tout particulièrement les *pharmaciens*. Nous estimons, pour notre part, qu'elle n'offre pas moins d'intérêt pour les *dentistes* et les *chirurgiens-dentistes*, et, sauf à y revenir, quand nous aurons le texte exact de la décision sous

les yeux, nous tenons, dès maintenant, à faire connaître notre sentiment.

La question n'est, au surplus, pas nouvelle pour les lecteurs de *L'Odontologie ;* nous y avons consacré un long article dans le numéro du 15 février (1902, I, 129). (V. aussi *Tribune ouverte*, n° 135).

Et comme notre opinion ne s'est pas modifiée depuis, et qu'un appel du jugement rendu est possible, peut-être convient-il de reproduire les arguments que nous faisions alors valoir dans l'intérêt de l'art dentaire.

La solution de la difficulté se présente sous deux aspects :

1° Le dentiste peut-il prescrire une ordonnance ?

2° Le pharmacien doit-il l'exécuter ?

L'arrêt du *Parlement de Paris* du 23 juillet 1748 défendait aux apothicaires, *à Paris,* de délivrer des médicaments et drogues composés sans *ordonnance* signée d'un docteur en médecine, sous peine de 500 livres d'amende.

Ils étaient encore liés par le serment que leur avait imposé, à eux, leurs valets et herbiers, la *déclaration de Philippe VI* du 23 mai 1336.

Dans ces temps, la profession dentaire n'était pas réglementée, et, par suite, il est évident que les dentistes ne pouvaient point *ordonnancer.*

La *loi du 21 germinal an XI (art. 32)*, sur la *police de la pharmacie*, étendit à toute la *France* l'effet de l'interdiction ; mais elle était dépourvue de toute sanction, aussi bien que l'*ordonnance du* 8 *août* 1816 sur le *Nouveau Codex :* ce qui n'a pas empêché la jurisprudence de maintenir la prohibition (Cass., 7 février 1851 ; — 24 mars 1859 ; — 8 février 1867).

A ces textes succédèrent la *loi du* 10 *juillet* 1845 et le *décret du* 29 *octobre* 1846 sur la vente des substances vénéneuses, servant en quelque sorte de base au droit de prescrire une ordonnance.

Il n'était point surprenant que les dentistes ne figurassent pas sur la liste de ceux à qui était conféré le droit d'ordonnancer, puisque, pas plus alors qu'auparavant, la profession dentaire n'était réglementée, et que l'exercice, purement commercial, en était libre.

Mais avec la *loi du* 30 *novembre* 1892 sur *l'exercice de la médecine* tout va changer, car désormais les dentistes sont assimilés dans de certaines limites aux médecins, bien que la partie consacrée aux *pharmaciens* ait été réservée pour faire corps avec un projet alors en préparation sur la pharmacie, qu'a, du reste, voté la *Chambre des députés*, le 5 juillet 1900, et dont l'art. 13 visait précisément les dentistes (V. *L'Odont.,* 1896, 31 ; — 1900, II, 306).

Tous les auteurs qui ont abordé la question n'ont pas douté du droit pour les dentistes de formuler des ordonnances *(Brouardel, Crinon, Roger et Godon),* — et le vœu (9ᵉ vœu) du *Congrès den-*

laire national de 1897 ne procède pas d'une autre manière de voir.

A notre sens, l'hésitation n'est pas permise.

Qui veut la fin, veut les moyens, et il était bien inutile vraiment de proclamer le droit pour le dentiste de traiter les affections buccales, si on ne lui donnait pas en même temps le pouvoir de soigner, en prescrivant le remède à appliquer et en en imposant par là même la préparation à l'apothicaire !

Comment ! L'article 32 aurait donné au dentiste la faculté d'anesthésier, et il ne pourrait la mettre en pratique qu'avec l'aide d'un médecin ?

Mais alors que signifie l'article 11 § 7 qui prescrit par deux ans l'action des *chirurgiens-dentistes* pour leurs visites, opérations et *médicaments ?*

Avait-on à parler de médicaments à propos de dentistes, s'il ne leur est pas permis d'en formuler la composition et d'en attendre la délivrance, soit pour eux-mêmes, soit pour leur clientèle ?

Ce n'est là, somme toute, que l'exercice rationnel de la profession, et ce dilemme s'impose, dès qu'on trouve la signature du dentiste au bas d'une ordonnance :

Ou le pharmacien s'exécutera, parce que seul il détient certains produits dont le dentiste (celui du moins que vise la loi de 1892) peut légalement user, à ses risques et périls ; ou il aura droit de refuser de s'exécuter.

Mais alors, un tribunal donnant en cette circonstance raison au refus du pharmacien n'aura-t-il pas par là même implicitement attesté l'exercice illégal de la médecine de la part du dentiste ?

Où sont les juges qui oseraient condamner dans de telles conditions ?

Le droit de formuler ne paraît donc pas douteux.

Et suivant nous, ce droit existe aussi bien au profit des dentistes patentés que des dentistes diplômés, sauf en ce qui touche les produits anesthésiques, pour la délivrance desquels le patenté ne peut se passer du concours du médecin.

Mais le dentiste a-t-il le moyen légal d'exercer ce droit incontestable ou son droit serait-il dépourvu de sanction ?

Le pharmacien a-t-il ou non le devoir d'exécuter l'ordonnance ?

Il lui faut être couvert par la signature d'un médecin pour délivrer des médicaments (*loi du* 21 *germ. an XI*) ou vendre des substances vénéneuses (*loi de* 1845 et *décret de* 1846), sous peine d'être condamné, d'autant que la jurisprudence lui a reconnu le droit de se dérober à toute exécution de prescription qu'il estime dangereuse (V. Trib., corr. Seine, 14 juin 1895 ; — Trib. Seine, 20 juillet 1881).

Mais, comme a dit judicieusement *M. Stévenin* (*L'Odont.* 1895.726), le droit de soigner n'implique-t-il pas le droit de formuler ?

Seulement, *M. Stévenin* croit que c'est par pure tolérance que le pharmacien s'incline, et nous estimons, pour notre part, qu'il n'a pas le droit de se dérober.

Le dentiste est aujourd'hui médecin, et la loi du 21 germinal an XI se complète par la loi du 30 novembre 1892.

Si de simples décrets (ceux du 23 *juin* 1873 et du 9 *juillet* 1880) suffisent aux pharmaciens pour se croire autorisés à délivrer aux sages-femmes du sublimé corrosif ou du seigle ergoté, il nous paraît que les termes de la loi de 1892 sont assez impératifs pour que les pharmaciens ne s'y dérobent pas avec acharnement.

Nous espérons donc un appel de la décision de *La Rochelle*, et, lorsqu'auront été épuisées toutes les juridictions, si le droit des dentistes est toujours méconnu, il leur restera la suprême ressource dont les sages-femmes ont bénéficié, et ils pourront solliciter du ministre compétent un décret qui apaise tous les scrupules et brise toute résistance.

FERNAND WORMS.

DENTISTE. MÉCANICIEN. CONSEIL DES PRUD'HOMMES. INCOMPÉTENCE.

Tribunal de commerce de la Seine.

24 octobre 1902.

Le mécanicien, congédié par un dentiste, ne saurait le poursuivre devant le conseil des prud'hommes en paiement de sommes dues pour salaire et renvoi non justifié.

Le dentiste diplômé ne saurait être considéré comme un fabricant de dentiers artificiels et n'est, dès lors, pas assimilable aux marchands et fabricants visés par la loi de 1844, qui a institué les conseils de prud'hommes.

Le conseil des prud'hommes est donc incompétent.

(Champagne c. Frichini.)

Le Conseil des prud'hommes, dont la décision a été réformée, s'était prononcée en sens contraire.

Déjà, il avait été reconnu incompétent dans un différend entre un dentiste et son élève, le contrat entre eux intervenu ne constituant pas le contrat d'apprentissage régi par la loi du 22 février 1851 (C. Toulouse, 27 novembre 1891), et nous avons ici même, à propos d'un mécanicien, donné le jugement du tribunal de commerce de Brest du 12 janvier 1901 (*L'Odont.* 28 fév. 1902, I. 195), appliquant la même théorie.

V. au surplus, notre étude (*L'Odont.* 30 janvier 1901 I, 81).

F. W.

*
* *

Le tribunal civil de la Seine (6e ch.) a, paraît-il, en janvier 1903, rendu un jugement, examinant la question de savoir si un médecin peut, juridiquement, céder sa clientèle, et si sa veuve peut vendre cette clientèle à un docteur, qui deviendrait le successeur de son mari.

Le tribunal estime que la clientèle d'un médecin reposant sur le libre choix des clients, c'est une chose hors du commerce et qui ne peut être vendue.

Et il ne maintient la validité de la vente que jusqu'à concurrence de la somme représentant la valeur des objets mobiliers cédés.

Dès que paraîtra le jugement, nous aurons soin de le publier et de le commenter.

F. W.

*
* *

La Conférence du stage des *avocats à la Cour de cassation*, dans la séance du 14 février 1903, a discuté la question suivante :

« Sous le régime de l'art. 13 de la loi du 30 novembre 1892, les médecins peuvent-ils se syndiquer avec des tiers exerçant des professions connexes, au sens de l'art. 2 de la loi du 21 mars 1884 ? »

L'affirmative a été adoptée.

F. W.

ADRESSES UTILES

La ligne : 20 francs par an,
Lignes en sus : 10 fr. la ligne. } **dans 24 numéros.**

C. Ash et fils (*Fourn. gén.*) 22, rue du Quatre-Septembre, PARIS. **TÉLÉPHONE 294.47.**

Dr Bengué (*Anestile*), 47, rue Blanche, PARIS.

J. Fanguet, Georges Clotte, sr (*Impressions en t. genres*), 28, r. d'Enghien, PARIS.

Comptoir international (*Fourn. gén.*), 15, avenue Fonsny, BRUXELLES.

Contenau et Godart fils (*Fourn. gén.*), 7, r. du Bouloi, PARIS. **TÉLÉPHONE 214-53.**

Cornelsen (*Fourn. gén.*), 16, rue St-Marc. **TÉLÉPHONE 218.69.**

A. Debraux, profr (*Cert. d'Et. exigé des dentistes*), 17, faub. Montmartre, PARIS.

Vve Jules Friese (*Fournitures générales*), 3, rue de Londres, PARIS.

Alfred Joliot (*Fourn. gén.*), à la Cloche, 193, rue St-Martin. **TÉLÉPHONE 271.51.**

Mamelzer et fils (*Man. dent.*), 40, r. Croix-des-Petits-Champs, PARIS. **TÉL. 306.77.**

Al. Maylaënder (*Reliures en tous genres*), 66, rue Daguerre, PARIS.

A. Mellottée, imprimeur de *L'Odontologie* à CHATEAUROUX.

P. Périé fils (*Fournitures générales*), 7, place Lafayette, TOULOUSE.

B. Platschick (*Prothèse à façon*), 3, rue Ventadour, PARIS. **TÉLÉPHONE 222.82.**

Reymond frères (*Fournitures générales.*) **TÉLÉPHONE 312.91.**
22, rue Le Peletier, PARIS.
44, place de la République, LYON.
69, rue de la Croix-de-fer, BRUXELLES.
3, rue Petitot, GENÈVE.

Victor Simon et Cie (*Four. gén.*), 54, rue Lamartine, PARIS. **TÉLÉPHONE 269-45.**

Société coopér. des dent. de Fr., 45, r. de La Tour-d'Auvergne. **TÉLÉPH. 223.04.**

Société Française de Fournitures Dentaires. — **58 bis, Chaussée-d'Antin, Paris** — **TÉLÉPHONE 214-47.** — *Grande exposition*, au dépôt de PARIS, de toutes les *Nouveautés dans l'outillage* de MM. les Dentistes.

Syndicat Français (*Recouvrements d'honoraires*), 131, boul. Sébastopol, PARIS.

Vve J. Wirth (*Manuf. dent.*), 22-24, av. Philippe-Auguste, PARIS. **TÉLÉPH. 923.48.**

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

Les chirurgiens-dentistes en Tunisie.

Nous avons publié dans notre n° du 15 avril 1899, p. 341, un décret réglementant l'art dentaire en Tunisie. Cette publication a suscité dans notre n° du 30 mai des critiques et observations de notre distingué confrère M. E. Schwartz, de Nîmes. Nous lisons dans la *Dépêche Tunisienne* du 15 février qu'un nouveau décret (du 9 février) est venu modifier celui de 1899 en apportant l'importante modification qui suit à l'article 5 de ce dernier :

Art. 5. — « Les titres de chirurgien-dentiste et de médecin-dentiste sont réservés aux seules personnes munies d'un diplôme valable, leur conférant expressément ces qualités.

» Les personnes munies d'un diplôme de dentiste reconnu valable ne pourront effectuer que les opérations ordinaires de l'art dentaire *y compris l'anesthésie locale*, sans qu'il leur soit permis de pratiquer aucune autre opération, notamment l'anesthésie générale, ou d'ordonner d'autres médicaments que ceux ordinairement mis en œuvre par l'art dentaire, sans l'assistance d'un médecin dûment autorisé. Toutefois, les chirurgiens-dentistes et les médecins-dentistes pourront pratiquer l'anesthésie générale.

» Toute infraction à ces prescriptions, toute usurpation des titres de chirurgien-dentiste ou de médecin-dentiste sera considérée comme un acte d'exercice illégal et punie comme tel. »

La dentisterie en Turquie.

Autrefois en Turquie l'exercice de l'art dentaire était libre; les coiffeurs en particulier s'occupaient de la dentisterie, ainsi que de la saignée et de la pose des ventouses; mais, ignorant tout principe d'hygiène et de médecine, ils se bornaient à l'extraction et s'efforçaient de montrer au public leur capacité manuelle par la quantité des dents enlevées, qu'ils gardaient dans des bocaux, ou enfilées comme des chapelets. Cet amas de dents cariées, avec le bocal à sangsues et quelques vieux instruments plus ou moins rouillés, constituait tout leur étalage.

Un peu plus tard une loi a exigé du candidat en art dentaire un examen sommaire d'anatomie, de pathologie et de dentisterie opé-

ratoire, devant un jury composé de trois professeurs de la Faculté de médecine de Constantinople, avec un certificat constatant un stage de trois ans chez un dentiste et signé de celui-ci et de deux docteurs en médecine bien connus dans la ville.

Actuellement la Turquie compte 250 à 300 dentistes, parmi lesquels une dizaine ont fait leurs études en Europe et en Amérique.

Le gouvernement turc s'occupe de fonder une Ecole dentaire dans laquelle la durée des études sera de deux ans.

Cette école occupera une partie du nouveau bâtiment de la Faculté de médecine sis à Harem-Iskelessi.

D. Ananiadis.



NOUVELLES

Société d'Odontologie de Paris.

La *Société d'Odontologie de Paris* se réunira le *dimanche* 8 mars 1903, à *9 heures précises du matin*, pour une séance de *démonstrations pratiques*, au lieu habituel de ses séances, 45, rue de La Tour-d'Auvergne.

Ordre du jour :

1° Anesthésie locale par la nirvanine........ M. Bonnard.
2° Traitement de la carie du 4e degré par l'acide sulfurique........................ M. Siffre.
3° Procédé d'aurification.................. M. Palermo.
4° Appareils à plaque, système de succion simple, démonstration..................... M. Touvet-Fanton.

Démonstrations destinées aux futurs candidats aux divers postes d'enseignement de l'École.

Empreintes au plâtre...................... M. Martinier.
Examen clinique d'un malade dentaire au point de vue anesthésique .... M. Friteau.

Société des dentistes des hopitaux, asiles, hospices et établissements d'assistance publique du département de la Seine.

Nous apprenons la fondation d'une nouvelle Société des dentistes des hôpitaux, établie sur des bases très larges et très libérales, en accord avec l'évolution actuelle de notre profession.

Elle se propose de poursuivre dans l'œuvre de l'Assistance publique les réformes depuis si longtemps réclamées au point de vue dentaire et mises en lumière au dernier Congrès international de 1900, ainsi que dans les réunions des fédérations nationale et internationale, notamment dans le si remarquable rapport que M. le Dr Frank (de Vienne) a présenté à Stockholm, au nom de la Commission internationale d'hygiène publique.

Pour les renseignements et les adhésions, s'adresser à l'un des membres du comité d'initiative :

MM. Martinier, dentiste des asiles de la Seine, 10, rue Richelieu, Paris.
le Dr Roy, dentiste des hôpitaux, 5, rue Rouget-de-l'Isle.
le Dr Sauvez, dentiste des hôpitaux, 17, rue Saint-Pétersbourg.

Congrès d'Angers.

Le Congrès annuel de l'Association française pour l'Avancement

des sciences aura lieu à Angers du 4 au 12 août prochain. Le programme en sera publié ultérieurement. Les communications et demandes de renseignements devront être adressées au président de la XXe section du Congrès, M. Delair, 68, boulevard Rochechouart, Paris-18e.

Société de prévoyance et d'assurance en cas de décès.

Il y a quelques années, par les soins de l'*Association générale des Dentistes de France*, furent élaborés les statuts d'une *Société de prévoyance et d'assurance en cas de décès*, destinée à assurer, à la mort du sociétaire, *à la personne désignée par lui*, une somme destinée aux premiers besoins ; ces statuts figurent dans l'Annuaire de l'Association, page 110. Cette société dont l'utilité n'est cependant pas à démontrer ne put fonctionner faute d'un nombre suffisant d'adhérents.

Plusieurs membres nous demandent instamment de reprendre cette création et de la faire aboutir ; nous venons, en conséquence, faire appel aux sentiments de prévoyance et de solidarité des membres de l'Association, en les priant d'envoyer leur adhésion à M. Papot, administrateur du journal.

Nous pouvons ajouter que les adhésions reçues à ce jour permettent d'espérer à bref délai la constitution de cette Société.

Le Comité.

Association des dentistes du Centre.

Le syndicat des dentistes du Centre a décidé dans sa séance du 10 août 1902 tenue à Vichy de changer son titre pour celui de :

Association des dentistes du Centre.

Distinctions honorifiques.

L'Officiel du 21 février publiait les nouvelles promotions suivantes :

Officiers d'Académie.

M. le Dr Brochard, médecin-dentiste à Paris.

M. Cottin aîné (Maurice-Alexandre), chirurgien-dentiste à Paris.

Divorce pour fausses dents.

Une femme de Paterson (New-Jersey) intente une action en divorce à son mari non seulement parce qu'il a détruit son dentier, mais encore parce qu'il s'est moqué de ses fausses dents et ne lui a pas permis d'en faire faire d'autres.

(*Dental Disgest.*)



TRIBUNE OUVERTE.

QUESTIONS ET RÉPONSES.

N. B. Nous sommes à la disposition de nos lecteurs pour publier les questions qui nous seront adressées et nous serions heureux que cette insertion provoquât des réponses, que nous accueillerons, tout en *déclinant toute responsabilité au sujet des opinions émises.*

Toutefois nous ne pouvons donner suite qu'aux questions ou réponses signées ; mais la publication peut en être faite sous un pseudonyme choisi par l'auteur. *Prière de ne pas insérer ces communications dans le corps d'une lettre, mais sur feuillet spécial écrit d'un seul côté.*

? N° 172. — *A quoi faut-il attribuer la teinte rougeâtre que prennent certaines dents anglaises après le travail de la soudure ?* J. P.

? N° 190. — *Y a-t-il différentes qualités de dents artificielles d'une même marque ? Les fournisseurs peuvent-ils ainsi acheter des dents de qualité inférieure, ce qui expliquerait le grand nombre de fractures des dents artificielles ?* A. A.

? N° 193. — *Quels sont les traités et manuels sur l'Orthodontie et les redressements les plus importants en* FRANÇAIS, *en* ALLEMAND *et en* ANGLAIS ? Dr H.

? N° 197. — *L'opération du bec-de-lièvre par la méthode Brophy a-t-elle été faite à Paris et par qui ? Quel âge est exigé pour cela ?* E.

? N° 199. — *Mes confrères ne sont-ils pas d'avis comme moi de donner une forme carrée ou triangulaire aux têtes des crampons pris dans la porcelaine des dents ? — La force de ces crampons ayant beaucoup diminué depuis quelque temps, il s'ensuit qu'avec leurs têtes rondes ils tournent et se déprennent avec une grande facilité.* A. D.

? N° 200. — Le Dental Cosmos *de décembre 1899 a reproduit une gravure du buste d'Horace Wells. Où peut-on trouver une photographie ou une meilleure gravure de ce buste, ou quelque autre portrait de cette gloire de notre profession ? Existe-t-il aussi des portraits de Jackson et de Morton ?* R. B.

? N° 205. — *Combien y a-t-il de dentistes établis : 1° dans toute la France, 2° à Paris seulement ?*

☞ *Réponse.* — Aux termes de l'art. 10 de la loi du 30 décembre 1892 sur l'exercice de la médecine, il est établi, chaque année, dans les départements, par les soins des préfets et de l'autorité judiciaire, des listes distinctes portant les noms et prénoms, résidence, date et provenance du diplôme des médecins et chirurgiens-dentistes visés par la loi. Ces listes sont affichées, chaque année, au mois de janvier, dans toutes les communes du département, — et la statistique du personnel médical existant en France et aux colonies est (ou devrait être) dressée tous les ans par les soins du Ministre de l'intérieur.

Malgré les termes précis de la loi, cette statistique n'a jusqu'à présent été dressée que tous les 5 ans par le *Bureau de l'hygiène publique* de la Direction de l'assistance et de l'hygiène publiques au Ministère de l'Intérieur.

La dernière statistique, imprimée à *Melun* en 1898 par l'*Imprimerie administrative*, et qui comprend *Paris* et le *Département de la Seine*, donne pour 36.170 communes de nos départements de *France*, et pour une population de 38.517.975 habitants, 1.679 dentistes : 376 *diplômés*, 1.303 *patentés*, et, en *Algérie*, pour 166 communes et une population de 2.685.930 habitants, 30 dentistes : 8 *diplômés*, 22 *patentés*.

La *Seine*, dans cet ensemble, avec 77 communes et une population de 3.340.514 habitants, fournit 644 dentistes, dont 244 *diplômés* et 400 *patentés*.

Et *Paris*, avec une population de 2.511.629 habitants, compte 582 dentistes: 231 *diplômés* et 351 *patentés*.

Le 9e arrondissement en possède à lui seul 123 ; le 1er, 70 ; et le 8e, 59. Mais la statistique ne donne à part ni les *docteurs en médecine* pratiquant l'art dentaire, ni les chirurgiens-dentistes et dentistes *femmes*, ni les *étrangers*.

Par contre, elle ne distingue pas les dentistes des *mécaniciens-dentistes* et des *fabricants de râteliers et dents artificielles*.

De son côté, la *Préfecture de police* a dressé, le 31 décembre 1901, la liste des chirurgiens-dentistes et dentistes exerçant dans son ressort : *Paris* et *banlieue* (*Melun*, Imprimerie administrative, 1902).

Elle comprend 388 dentistes, dont 342 pour *Paris*, et 294 chirurgiens-dentistes, dont 272 pour Paris, soit au total 682 praticiens, dont 614 pour *Paris*. Il y a 43 *femmes* chirurgiens-dentistes, dont 40 à *Paris*, et 37 *femmes* dentistes à patente, dont 29 à Paris.

Il n'y a pas concordance parfaite entre les 2 listes, bien qu'elles confondent toutes deux dans leur nomenclature des professions qui n'ont pas qualité pour figurer parmi les titulaires de l'Art dentaire.

Le docteur *Sauvez*, dans un rapport lu en 1902 à la *Fédération dentaire nationale*, a, s'appuyant sur des documents dont nous ignorons la source, élevé à 1709 le nombre des dentistes de *France* et d'*Algérie*, et, à l'aide de renseignements recueillis au *Congrès de* 1900, indique le chiffre de 2.300 dentistes non-médecins (soit 69.4 pour 100.000 habitants) et 200 docteurs-dentistes, soit 1/12 des membres de la profession.

Enfin, il y a 27 dentistes des hôpitaux.

Dès qu'auront paru les nouvelles listes du *Ministère de l'Intérieur* et de la *Préfecture de police*, nous rectifierons les chiffres que nous donnons ici, s'il est nécessaire.

F. W.

? No 208. — A. *A combien pour o/o le formol doit-il s'employer pour ne pas être corrosif tout en restant antiseptique ? et avec quoi ? (alcool, eau bouillie).*

B. *L'eau oxygénée est-elle corrosive par les gencives ?* A. M.

? Nos 149 et 209. — *Un mécanicien dentiste, n'étant ni patenté, ni diplômé F. M. de Paris, a-t-il le droit de tenir un cabinet dentaire, malgré que le titulaire du susdit cabinet soit un docteur en médecine, qui n'assiste jamais aux opérations dentaires, n'étant qu'un prête-nom ?* X. Z.

☞ *Réponse.* — Nous avons déjà bien souvent traité la question dans le Recueil, et il suffit, pour se faire une opinion, de se reporter à *L'Odontologie* (15 novembre 1897, 15 septembre 1898, articles de M. *Roger* ; — *Tribune ouverte* du 15 mars 1901, no 167 ; — *Odont.* 1899, II, 569 ; — 1900, I, 237 ; — 1901, II, 115).

En résumé, un traité passé avec un non-diplômé est contraire à l'ordre public (Cass., 15 novembre 1895).

Et, d'autre part, la convention entre un mécanicien sans diplôme ni patente et un praticien, pour lequel il s'engage à exécuter, soit à l'atelier, soit dans le cabinet dentaire, des opérations de dentisterie et des travaux de prothèse dentaire, est sans valeur légale (Cass., 19 novembre et 3 décembre 1895 ; — C. Rennes, 6 décembre 1894 et 29 juillet 1896 ; — C. Orléans, 11 novembre 1899).

F. W.

? No 210. — *Un dentiste patenté a-t-il le droit de mettre dans son salon, à la vue et à la portée des clients, une pile de prospectus avec le titre de chirurgien-dentiste, bien que n'ayant aucun droit à ce titre ? Un chirurgien-dentiste serait-il en droit d'exercer des poursuites contre lui, pour usurpation de titre ?*

Y. X.

☞ *Réponse.* — Sous quelque forme qu'elle se produise, l'usurpation de titre tombe toujours sous l'application de la loi.

Elle s'applique à l'art dentaire comme à la médecine (C. Rennes, 29 juillet 1896).

Mais on peut se demander si l'usurpation de titre, indépendamment de tout exercice illégal de l'art dentaire, est un fait légalement punissable par lui-

même, en vertu de l'art. 20 de la loi de 1892 (V. Cass., 3 février 1898; — V. cependant Trib. Lille, 1er avril et 5 août 1901; — V. aussi la *Tribune ouverte* du 15 mars 1901, n° 165).

En tout cas, le diplôme est nécessaire pour prendre le titre de chirurgien-dentiste (C. Paris, 22 décembre 1899), et l'action individuelle du dentiste diplômé qui voudrait poursuivre est aussi légitime que l'action conférée au syndicat par l'art. 13 de la loi nouvelle. F. W.

? N° 211. — *A la suite de l'extraction d'une dent grosse molaire mâchoire inférieure, la plaie occasionnée par l'ablation de la dent, peut-elle occasionner un phlegmon diffus ? Connaît-on des cas de morts après ces opérations dentaires?*

E. B. de Castelnaudary.

? N° 212. — *Un de mes malades porte sur sa 1re g. m. s. dr. une couronne en or. De plus, il porte un appareil en or qui s'étend de la 1re p. m. s. dr., donc aucun lien ave la couronne, à la 2e p. m. s. g. Je fais un amalgame à la 2e p. m. s. g. et jusque-là rien d'anormal. Je fais ensuite un autre amalgame à la 1re p. m. s. g. et mon patient, que je reçois 4 jours après m'aborde en me disant: « Vous m'avez mis une pile électrique dans la bouche. Chaque fois que je porte ma langue sur ma petite molaire je sens instantanément une douleur à la dent recouverte d'une couronne. » Ce phénomène dura le jour où je fis l'obturation et le lendemain, puis tout rentra dans l'ordre. J'insiste sur ce que l'appareil ne mettait pas en contact la couronne et la petite molaire puisqu'il y avait une solution de continuité? Je serais reconnaissant à celui qui pourrait m'expliquer cet incident.*

M. R.

? N° 213. — *Un opérateur de nationalité étrangère et non encore diplômé en France peut-il être légalement attaché à un cabinet dentaire français ?*

L'engagement pris par lui de ne pas s'établir dans le département de la situation du cabinet auquel il est attaché est-il valable sous un dédit ?

☞ *Réponse.* — Etranger ou français, l'opérateur non diplômé n'a pas le droit de pratiquer l'art dentaire en France, pas plus pour son compte que pour le compte d'autrui, depuis la loi du 30 novembre 1892.

Mais, une fois diplômé en *France*, l'engagement qu'il prendrait vis-à-vis du praticien qui l'emploierait comme opérateur, de ne pas s'établir dans le département où se trouve le cabinet dentaire qui l'a accueilli serait valable, même sans limitation de temps. F. W.

? N° 214. — *Un dentiste venant à mourir, la veuve a-t-elle le droit, comme dans certaines professions, de continuer en son nom pendant un an et un jour, avec un opérateur patenté, — ou est-elle obligée de vendre son cabinet ?*

☞ *Réponse.* — La question des veuves a maintes fois été examinée en cette Revue (V. 1897, 308 et 355; — 1900, II, 305; — 1901, I, 95; — 1902, I, 102).

La loi de 1892 est muette sur la difficulté; mais, suivant nous, la veuve n'a pas le droit de rester titulaire du cabinet dentaire, tout en en confiant la gestion à un opérateur patenté.

Une réglementation spéciale est intervenue en faveur des veuves de pharmaciens; mais on ne saurait étendre par analogie un texte visant un cas d'exception, bien que de semblables intérêts de famille eussent dû susciter la même solution dans les deux hypothèses (V. Alger, 6 juillet 1897; — C. Paris, 17 février 1891).

Mais la veuve a la ressource de vendre le fonds, transmis en propriété par son défunt mari, qui en était titulaire, et jusqu'ici la jurisprudence, qui va souvent bien loin, n'a pas encore décidé qu'un fonds de dentiste — bien que le dentiste soit depuis 1892 assimilé au médecin — doive être mis hors du commerce (C. Montpellier, 21 mars 1891).

— La veuve ne pourrait conserver le fonds que si elle prouvait qu'exerçant sans patente avant et depuis le 1er janvier 1892, de concert avec son mari patenté, elle avait la possession d'état (C. Limoges, 2 novembre 1899).

F. W.

? N° 215. — *Le chirurgien-dentiste et pharmacien, — ou le médecin exerçant la pharmacie, sont-ils imposés de deux patentes ?*

☞ *Réponse.* — Je réponds, en supposant, bien entendu, le professionnel régulièrement nanti des deux diplômes.

Aux termes de la loi du 15 juillet 1880 sur les patentes, il faut distinguer, suivant qu'on exerce des professions distinctes dans le même établissement ou dans plusieurs locaux (art. 7).

Au 1er cas, un seul droit fixe est dû, le plus élevé de ceux qu'on aurait à payer, si l'on était assujetti à autant de droits qu'il y a de professions exercées, — et il en va de même du droit proportionnel (art. 15). (V. C. Etat, 8 nov. 1878).

Mais autant d'établissements distincts, autant de droits à payer (C. Etat, 2 juillet 1880).

Toutefois, en ce qui concerne le médecin, il faut distinguer.

Si, dans une localité où il n'y a pas de pharmacien, il se borne à distribuer à ses malades des médicaments simples ou composés, il n'est imposé qu'à la patente de médecin (L. germin. an XI, art. 27; — C. Etat, 9 juillet 1846; — 26 juin 1866). Il en est différemment, s'il tient officine ouverte (C. Etat, 25 mai 1850; — 19 juillet 1854).

Rappelons que, sous l'empire des lois sur les patentes du 25 avril 1844, du 18 mai 1850, et du 4 juin 1858, l'individu exerçant deux professions différentes payait le droit fixe entier de patente pour l'une d'elles et seulement un demi-droit fixe additionnel à raison de l'autre, pourvu que les professions fussent exercées dans des locaux distincts (C. Etat, 28 nov. 1855; — 11 déc. 1861; — 7 avril 1866).

Rappelons aussi, en ce qui concerne la profession dentaire, qu'il a été décidé (C. Etat, 19 mars 1864) qu'il y a lieu d'imposer seulement comme dentiste celui qui ne vend qu'accessoirement à cette profession des dents et râteliers artificiels.

(V. aussi *L'Odont.* Trib. ouverte, 15 octobre 1901, n° 181.)

F. W.

COMPTES RENDUS DU 3e CONGRÈS DENTAIRE INTERNATIONAL

Le *comité de publication* a donné le « BON A TIRER » du 3e volume des comptes rendus du Congrès de 1900 qui contient les assemblées de sections et est illustré de *nombreuses planches et gravures.*

Cette publication a pris une **importance au delà de toute prévision**; aussi est-il nécessaire de faire un 4e VOLUME, qui suivra de *très près* la publication du 3e. Ce 4e volume sera consacré à la fin des assemblées de sections, aux démonstrations pratiques et aux fêtes.

Les COMITÉS NATIONAUX sont invités à faire connaître DÈS A PRÉSENT au *secrétariat général* le nombre d'exemplaires pour lequel ils souscrivent au nom des sociétés, écoles, journaux professionnels, bibliothèques et groupements dentaires de leur pays, au prix de 36 FRANCS POUR LA SÉRIE DES TROIS VOLUMES (*port en sus*).

Les souscriptions volontaires des sociétés des écoles ou des individualités sont reçues chez M. Viau, trésorier, 47, boulevard Haussmann, Paris.

3e ANNÉE. N° 5 15 MARS 1903 VOL. XXIX



Travaux Originaux

LES TUMEURS DES MACHOIRES CHEZ LES ANIMAUX

Par M. GABRIEL PETIT,

Professeur d'anatomie pathologique à l'École vétérinaire d'Alfort.

(Communication à la Société d'Odontologie de Paris, séance du 3 février 1903.)

Messieurs,

Votre sympathique et distingué président, M. Choquet, m'a fait plusieurs fois l'honneur de poursuivre quelques recherches expérimentales dans mon laboratoire, à Alfort. Je me suis plu àlui montrer mes collections anatomo-pathologiques, dans lesquelles figurent d'assez nombreuses pièces relatives aux tumeurs des mâchoires chez les animaux domestiques. Bien que ne correspondant pas à l'objet habituel de vos préoccupations, de vos recherches ou de vos discussions, ces pièces lui ont semblé de nature à intéresser pendant quelques instants la Société ; aussi m'a-t-il vivement engagé à vous les montrer dans l'une de vos réunions mensuelles.

Je m'exécute ce soir avec d'autant plus de satisfaction que

j'ai déjà fréquenté plusieurs de vos séances, que l'accueil le plus franchement cordial m'y a été réservé et que M. le Directeur de l'École dentaire, en particulier, m'a toujours témoigné cette amabilité charmante dont il a le secret.

*
* *

Messieurs, si les animaux échappent généralement à la carie et conservent, jusque dans un âge relativement avancé, la dentition la meilleure et la plus belle, ils ne sont guère plus favorisés que l'homme en ce qui concerne les tumeurs des mâchoires. Les nombreuses pièces disposées sous vos yeux et dont je me propose de vous entretenir, d'une manière d'ailleurs succincte, en sont la démonstration la plus nette. Leur nature est diverse, ainsi que leur origine, ce qui nous montre que les mêmes lésions néoplasiques peuvent être constatées dans les différentes espèces.

Il convient d'ajouter que ces lésions sont tout à fait identiques à celles que l'on observe chez l'homme. Les tumeurs des mâchoires chez les animaux sont, en effet, pour adopter la division la plus simple, de nature conjonctive, épithéliale ou parasitaire. Les sarcomes, myxomes, fibromes, chondromes, ostéomes, c'est-à-dire les néoplasmes formés de tissu embryonnaire, muqueux, fibreux, cartilagineux et osseux, rentrent dans le premier groupe. Les tumeurs épithéliales, ce sont les cancers vrais : épithéliomes, carcinomes. Enfin, par tumeurs parasitaires, j'entends les kystes hydatiques et surtout ces curieuses lésions actinomycosiques dont je présente ici quelques spécimens remarquables.

Sans avoir toutefois la prétention d'être complet, je tiens encore à mentionner les kystes dermoïdes et les odontomes, dont je montrerai à la Société plusieurs exemplaires, provenant du cheval[1].

---

1. Les tumeurs des gencives décrites chez l'homme sous le nom d'*épulis*, peuvent se rencontrer aussi chez les animaux, mais elles nous ont semblé fort rares. Quoi qu'il en soit, leur nature histologique est variable; il s'agirait le plus souvent de sarcomes ossifiants.

*
* *

A. — Les plus fréquentes et les plus graves des tumeurs conjonctives de la mâchoire sont, incontestablement, les *sarcomes*. Tirant généralement leur origine du périoste, ils détruisent de préférence le maxillaire supérieur, dans la profondeur duquel ils végètent et dont ils dépassent aisément les limites, déformant la face, progressant dans les fosses nasales, après en avoir effondré la paroi, dans la cavité cranienne même, après avoir défoncé l'ethmoïde, se généralisant finalement à tout l'organisme et provoquant la mort. Mais celle-ci, bien avant la généralisation, peut être la conséquence de l'inanition. Il est en effet bien certain qu'un sarcome volumineux, comme toute autre tumeur volumineuse des mâchoires, s'oppose d'une manière absolue à la mastication.

Voici un *sarcome de la mâchoire supérieure*, provenant d'un chien, à l'autopsie duquel j'ai rencontré, dans les poumons, le foie, la rate, les reins, des tumeurs de même nature. C'est un exemple de généralisation.

Les sarcomes des mâchoires[1] peuvent être des différentes variétés histologiques, c'est-à-dire à cellules rond ou globo-cellulaires, à cellules fusiformes, à myéloplaxes. Ils sont le plus ordinairement ossifiants ; on les décrit alors sous les noms d'*ostéo-sarcomes* ou de *sarcomes ostéoïdes*. Des aiguilles ou lamelles osseuses apparaissent, disséminées dans leur masse, puis l'ossification peut devenir rapidement envahissante, se compléter.

A ce sujet, je présente à la Société :

1° Un *ostéo-sarcome de la mâchoire inférieure du cheval*, au sein duquel l'ossification débute à peine ;

2° Un *ostéo-sarcome de la mâchoire supérieure du cheval*, tumeur de la grosseur du poing, extrêmement dure et presque totalement ossifiée (*pl. II, fig.* 14) ;

3° Un *ostéo-sarcome macéré du corps du maxillaire*

1. Description résumée, privée des schémas tracés au tableau par le présentateur.

inférieur, toujours chez le cheval (*pl. I, fig.* 5). Cette tumeur, de la grosseur des deux poings, dépouillée par la macération de ses parties molles, ressemble à une fine *éponge* osseuse, d'une très grande délicatesse architecturale, à la surface de laquelle subsistent encore, chose assez surprenante, les incisives. Cette pièce m'a été donnée par M. Coquot, répétiteur de clinique à l'École d'Alfort ;

4° Un *ostéo-sarcome de la mâchoire supérieure du chien.* — Il s'agit également d'une pièce très remarquable que j'ai autrefois montrée à la Société anatomique de Paris, en collaboration avec mon ancien collègue M. Almy. Le maxillaire gauche est totalement envahi par une énorme tumeur rougeâtre ou noirâtre (*pl. II, fig.* 12 et 13). C'est un *sarcome télangiectasique*, c'est-à-dire extrêmement riche en vaisseaux, gorgé de sang, voire même hémorragique [1].

*
* *

Dans le sarcome ossifiant, nous trouvons une association des deux tissus sarcomateux et osseux ; mais le tissu sarcomateux peut se combiner également aux tissus fibreux, muqueux, etc. A l'appui de cette affirmation, et bien que je n'aie pas à vous entretenir autrement des tumeurs des

---

1. « La tête étant divisée en quatre segments, par sections longitudinales, puis transversale, cette dernière passant par le milieu de la tumeur, il est facile de se rendre compte du siège, de la disposition et des limites de cette tumeur, qui est peu adhérente à la peau, globuleuse, et dépasse le volume du poing.

» Siégeant du côté gauche de la face, elle se prolonge, en avant, jusqu'à l'intermaxillaire et le sus-nasal correspondant, qui sont indemnes, en bas et sans intéresser la muqueuse purement refoulée, jusqu'à la ligne d'implantation des molaires. En dedans, la tumeur reste bornée par la paroi externe de la fosse nasale gauche ; en arrière, elle s'avance jusqu'à la glande parotide, en refoulant en dehors le muscle masséter.

» L'inspection des pièces permet de constater en outre que le néoplasme a pour siège la maxillaire supérieur, qui est en grande partie détruit. Peu consistant, manifestement télangiectasique et parsemé de nombreux foyers hémorragiques, il doit être considéré comme un sarcome d'origine vraisemblablement périostique. En promenant le doigt sur les surfaces de section, on sent fort bien, même tout à fait à la périphérie de la tumeur, des aiguilles ou lames osseuses de nouvelle formation. D'ailleurs, l'examen histologique démontre qu'il s'agit bien, en l'espèce, d'un sarcome ostéoïde.»

(*Bulletin de la Société anatomique de Paris*, 1901, p. 686.)

sinus, je présente un très volumineux *myxo-sarcome du sinus maxillaire inférieur du cheval* (*pl. II, fig.* 7), qui m'a été envoyé par mon ancien élève, M. Cochart.

Les *fibromes* et les *chondromes* des mâchoires sont d'une constatation exceptionnelle chez les animaux. Leur développement est d'ailleurs moins tumultueux, si l'on peut s'exprimer ainsi, que celui des sarcomes et des cancers épithéliaux et, lorsqu'ils n'atteignent pas un grand volume ils peuvent sans doute passer inaperçus dans les autopsies. En tout cas, je n'en possède pas encore de beaux spécimens à montrer à la Société.

Les *ostéomes* des mâchoires, c'est-à-dire les tumeurs osseuses pures, sont plus communs chez les animaux. Ils dépendent généralement de traumatismes qui réveillent l'activité ostéogénique du périoste, d'où la production d'exostoses ou périostoses régulières ou irrégulières, discrètes ou étendues, aplaties ou saillantes, spongieuses ou compactes, etc.

Voici, par exemple, un maxillaire inférieur de cheval sur lequel vous observez de la manière la plus nette les lésions dont je parle (*pl. I, fig.* 4).

*
* *

B. — J'arrive maintenant aux tumeurs de nature épithéliale, c'est-à-dire aux cancers proprement dits. Ces cancers ne sont pas plus graves que les sarcomes, mais ils le sont autant, et ils sont encore plus fréquents. Ils provoquent les mêmes destructions locales et se généralisent facilement, chez les animaux comme chez l'homme. Pour différencier ces cancers épithéliaux des sarcomes, l'étude microscopique est indispensable. On s'exposerait, en ne tenant compte que de leurs caractères macroscopiques, à commettre des erreurs fondamentales.

Le *cancer des mâchoires* peut offrir une triple origine : gingivale ou buccale, paradentaire et cutanée. Il dérive, comme tout cancer, ainsi qu'on le sait, de la prolifération désordonnée et bientôt ectopique des cellules épithéliales,

qui se disposent en bourgeons anastomotiques et envahissants, lesquels s'enfoncent profondément dans les tissus, qu'ils détruisent [1].

La tumeur, pourvue d'une charpente conjonctivo-vasculaire nécessaire à sa nutrition et résultant de ce fait que c'est dans le tissu conjonctif que les bourgeons épithéliaux végètent et prolifèrent, est ainsi constituée essentiellement, dans toute sa masse, par des cellules épithéliales semblables à celles dans lesquelles le mouvement prolifératif a débuté et qui subiront une évolution identique, la *kératinisation* progressive, par exemple, comme on l'observe souvent dans le cancer des mâchoires. On peut se demander comment un tissu aussi dur que l'os se laisse envahir par le cancer ou tout autre tumeur ; c'est qu'il perd, par résorption, sa substance fondamentale calcifiée et devient — ce qu'il était initialement chez l'embryon — un tissu de cellules rondes, ne constituant plus qu'un faible et imparfait obstacle.

Comme je l'ai fait remarquer, le cancer des mâchoires peut prendre naissance dans l'épithélium gingival ou buccal d'une manière générale, épithélium du type malpighien, stratifié pavimenteux. Mais, lorsque la tumeur est devenue à la fois volumineuse et envahissante, il faut bien reconnaître qu'il n'est pas toujours facile de désigner son point de départ.

Plus souvent peut-être, selon la théorie de M. Malassez, le cancer résultera de la multiplication des inclusions épithéliales connues sous le nom de *débris épithéliaux paradentaires* et sur la description desquels il me paraît bien inutile d'insister, au sein de cette Société [2].

Mais je crois devoir faire remarquer que ces cancers [3] pa-

---

1. Description résumée, privée des schémas tracés au tableau par le présentateur.

2. Voy. à ce sujet le tome V du *Traité de chirurgie* de Le Dentu et Delbet, p. 848 (*Tumeurs des mâchoires*).

3. Il en est de même des cancers du cou d'origine branchiale (Voy. à ce sujet G. Petit, *Bull. de la Soc. anat. de Paris*, 1901 et 1902 ou *Recueil de méd. vétérin.*, nov. 1902).

PLANCHE I

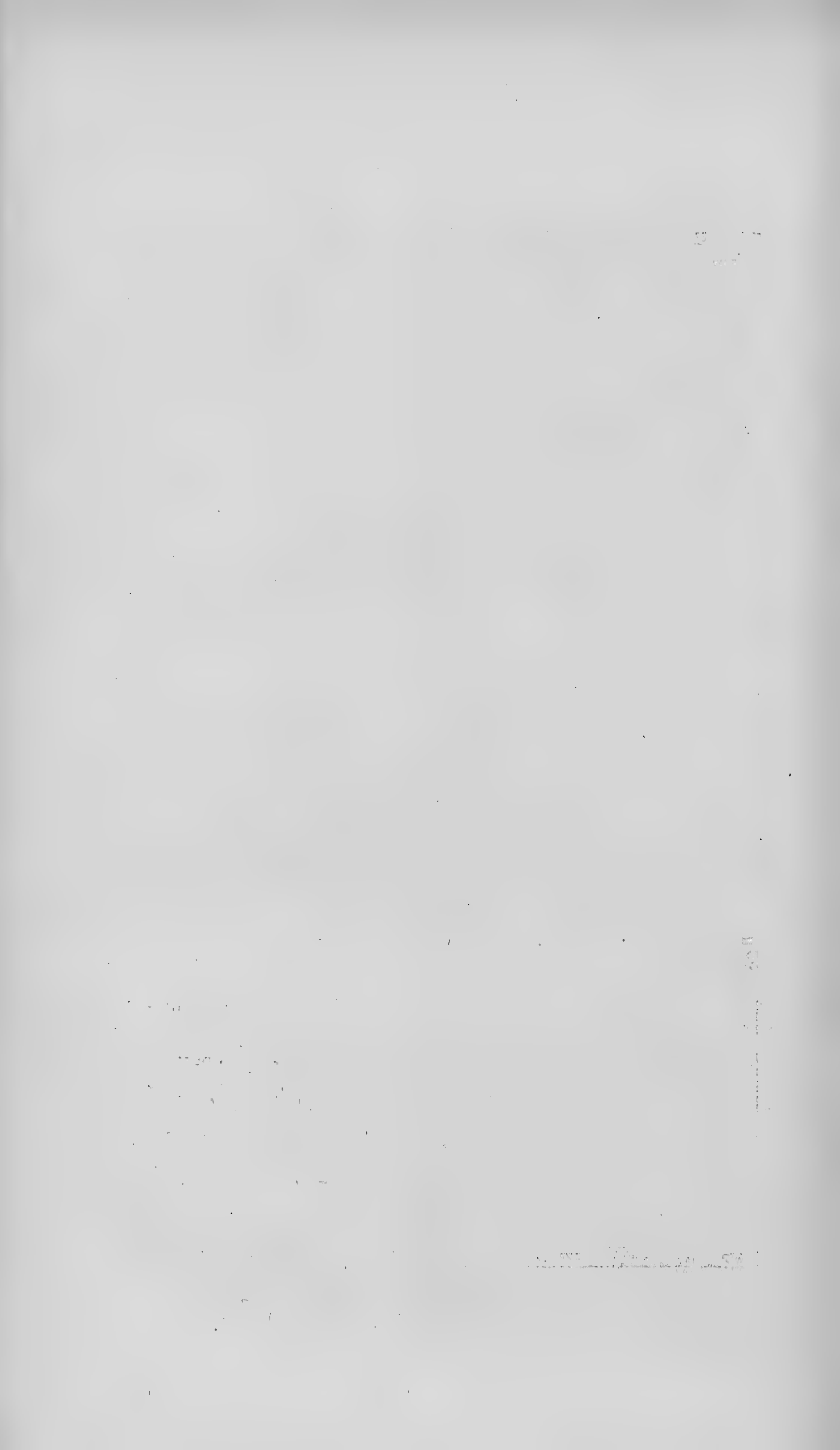


Fig. 1. — *Tumeur actinomycosique de la mâchoire supérieure du bœuf* (pièce macérée).

Fig. 2, 3, 6. — *Actinomycose de la mâchoire inférieure du bœuf* (pièces macérées). On peut se rendre compte sur ces différentes photographies des lésions destructives véritablement extraordinaires de la mâchoire.

Fig. 4. — *Exostose d'origine traumatique de la mâchoire inférieure du cheval.*

Fig. 5. — *Ostéosarcome du corps du maxillaire inférieur du cheval* (pièce macérée vue d'avant en arrière). On aperçoit, à droite, l'origine de la branche gauche, sectionnée, du maxillaire. Plusieurs dents incisives subsistent à la surface de la tumeur.



raissent justifier l'ancienne opinion de Cohnheim, suivant laquelle les tumeurs résulteraient de la prolifération, sous l'influence d'une cause encore ignorée, d'éléments embryonnaires inclus, emprisonnés, dans les tissus adultes, et dont la vitalité se ranime et s'exagère. D'ailleurs, en supposant que la théorie de Cohnheim explique la genèse des tumeurs en question, elle ne saurait prétendre à élucider, d'une manière complète et satisfaisante, la pathogénie, très obscure encore aujourd'hui, des autres tumeurs des mâchoires, aussi bien que des néoplasmes en général.

Enfin, si le cancer débute dans la peau de la face, il pourra, sans grande difficulté, se propager ultérieurement aux maxillaires.

Pour appuyer, par une démonstration pratique qui s'impose, les quelques considérations dans lesquelles je viens d'entrer, j'ai l'honneur de présenter :

1° *Un épithéliome de la face chez le chien* (*pl. II, fig.* 15). — Ce cancer, propagé à la mâchoire supérieure, que l'on rencontre profondément infiltrée et détruite, tire vraisemblablement son origine de la peau, ce que l'examen histologique confirme d'ailleurs ;

2° Deux *cancers d'origine paradentaire de la mâchoire inférieure du cheval.* — L'une de ces pièces m'a été autrefois donnée par mon savant maître, M. le professeur Nocard (*pl. II, fig.* 10 et 11) ; l'autre m'a été envoyée par mes regrettés confrères, MM. le vétérinaire principal Jacotin et Flahault, de Poitiers (*pl. III*) ;

Ces cancers siègent à l'extrémité antérieure, c'est-à-dire sur le corps du maxillaire, où ils constituent des *tumeurs énormes,* à la surface desquelles subsistent, disséminées et irrégulièrement implantées, les dents incisives. Leur étude microscopique démontre qu'ils réalisent la structure des *épithéliomes tubulés* ;

3° Un *cancer de la mâchoire supérieure du cheval, propagé à la voûte palatine,* qu'il a détruite. C'est là un bel exemple d'épithéliome térébrant (non reproduit) ;

4° Deux *cancers de la mâchoire inférieure du*

chien (*pl. II, fig.* 8 et 9), sur lesquels j'attire particulièrement l'attention de la Société. En ce qui concerne l'une des pièces, la plus curieuse (*fig.* 9), la tumeur intéresse la totalité de l'arc incisif; elle est végétante, ulcérée; les dents ont disparu de sa surface irrégulière. C'est, pour l'appeler par son véritable nom et la mieux caractériser, un *épithéliome malpighien à globes épidermiques,* que nous avons autrefois, votre président, M. Choquet, et moi, assez longuement étudié, ces recherches n'ayant d'ailleurs encore donné lieu à aucune publication. Un grand nombre des cellules de cet épithéliome renferment en effet, admirablement nettes, les *figures coccidiformes* qui ont été signalées par plusieurs auteurs comme les *agents parasitaires du cancer.* Il est de fait qu'elles ressemblent absolument à des coccidies, avec leur coque à double contour réfringent! On pense aujourd'hui assez généralement qu'il ne s'agit pas de parasites réels, mais bien plutôt d'inclusions cellulaires variées, sur lesquelles les limites naturelles de cette communication ne me permettent pas d'insister.

*
* *

C. — J'ai hâte de vous parler des tumeurs que j'ai qualifiées de parasitaires. Je ne ferai que mentionner les *échinocoques des mâchoires,* c'est-à-dire les *kystes hydatiques,* qui sont d'ailleurs tout à fait exceptionnels, que l'on n'a observés que chez le cheval et chez le bœuf et qui ne sont pas encore représentés dans mes collections. Je ne puis donc vous en montrer.

Il n'en est pas de même des *tumeurs inflammatoires actinomycosiques,* engendrées par un champignon particulier qui existe sur certaines graminées et que l'on connaît sous le nom d'*Actinomyces ou Discomyces bovis.*

C'est généralement en mâchonnant de la paille que l'homme s'infecte, surtout lorsqu'il possède des dents cariées. De même, chez les animaux, la porte d'entrée est représentée par une effraction de la muqueuse des premières voies digestives.

PLANCHE II



Fig. 7. — *Myxo-sarcome du sinus maxillaire inférieur chez le cheval.* La tumeur est sectionnée en deux parties, écartées l'une de l'autre. La tête est sciée suivant sa longueur ; c'est la moitié gauche qui est présentée. On peut voir les cornets et la paroi subsistante du sinus. — Fig. 8. — *Cancer de la mâchoire inférieure du chien*, vu de face. — Fig. 9. — *Cancer de la mâchoire inférieure du chien d'origine gingivale* La tumeur, irrégulière à sa surface (elle était ulcérée) siège sur le corps du maxillaire. Les incisives sont tombées. La langue est déplacée à droite. — Fig. 10 — *Cancer de la mâchoire inférieure du cheval d'origine paradentaire* (fragment de pièce). La pièce repose sur son extrémité antérieure, rendue plane par un trait de scie. — Fig. 11. — *Cancer de la mâchoire inférieure du cheval d'origine paradentaire*, (autre fragment de pièce). Le dessin ne donne qu'une imparfaite idée du volume de la tumeur, qui était considérable. Les incisives sont refoulées par le néoplasme et se montrent très irrégulièrement implantées. — Fig. 12. — *Sarcome ossifiant, télangiectasique de la mâchoire supérieure, chez le chien.* Extrémité antérieure de la tête. On peut apprécier, à droite, le relief formé par la tumeur. — Fig. 13. — *Même tumeur, portion postérieure :* vue de la coupe transversale. La tête apparaît manifestement asymétrique, par suite de l'existence du néoplasme. Le maxillaire supérieur est totalement envahi, ainsi que la fosse nasale gauche. La moitié droite de la tête est saine. — Fig. 14. — *Sarcome ossifiant de la mâchoire supérieure chez le cheval.* L'existence de la tumeur, qui s'était propagée du côté des gencives, a nécessité l'extirpation d'un certain nombre de molaires. — Fig. 15. — *Cancer de la face, d'origine cutanée, chez le chien.* L'épithéliome a complètement envahi et détruit les os de la face, maxillaire supérieur et os nasaux compris. On devine (la section longitudinale de la tête a été pratiquée en dehors de la ligne médiane), à droite, la cavité crânienne avec la moitié correspondante, intacte, du cerveau, et à gauche, la fosse nasale avec les cornets également intacts — Fig. 16. — *Lésion actinomycosique du corps du maxillaire inférieur chez le bœuf.* Il s'agit d'une lésion guérie, cicatrisée, sous l'influence de l'iodure de potassium. Mais les désordres produits dans l'intérieur de la mâchoire par l'*Actinomyces* n'en restent pas moins définitifs et se présentent sous la forme d'une tuméfaction évidente, à la surface de laquelle n'existe plus qu'une incisive, au lieu de 8.

Je vous présente cinq pièces très remarquables, provenant d'animaux de l'espèce bovine et que mon collègue et ami M. Moussu, professeur de pathologie à l'École d'Alfort, a bien voulu me confier. La pullulation dans les mâchoires de l'Actinomyces détermine des désordres effroyables. L'os se tuméfie, se boursouffle, se creuse d'abcès, de fistules, devient une tumeur énorme, dont ces différentes pièces vous donneront une bonne idée, quoiqu'elles aient subi la macération prolongée qui les a dépouillées de leurs parties molles. (V. *pl. I, fig.* 1, 2, 3 et 6.)

Le maxillaire envahi — et ce peut être, quoique plus exceptionnellement, le supérieur (*fig.* 1) — semble éclater, se fissurer sous la poussée intérieure de la tumeur inflammatoire qui le ronge et le détruit. Il devient réticulé et spongieux, fragile à ce point que j'ai dû laisser à Alfort les pièces macérées les plus belles qui n'auraient pu, sans se briser, supporter les risques du transport.

Autrefois, l'on confondait ces lésions avec les tumeurs sarcomateuses ou cancéreuses des mâchoires, particulièrement avec les ostéosarcomes. Le diagnostic est cependant facile ; mais il repose sur la constatation du parasite, lequel apparaît à l'œil nu, dans le pus qui s'échappe des tissus enflammés, sous la forme de grains jaunâtres assez caractéristiques. Écrasés entre lame et lamelle, après coloration très simple par le picro-carmin ou la glycérine picro-carminée, ces grains, colorés en jaune par l'acide picrique, se montrent constitués, au centre, par des filaments enchevêtrés (qu'on voit surtout bien sur les coupes colorées au Gram), et à la périphérie par des renflements rayonnés du plus élégant aspect, connus sous le nom de massues ou crosses. Les préparations histologiques des lésions sont bien plus intéressantes et bien plus instructives. On y découvre, au sein de *follicules* ou *tubercules,* l'Actinomyces entouré de cellules géantes souvent parasitées.

Mais je ne puis insister davantage sur leur description. Qu'il me soit permis de rappeler, en passant, que la découverte de ce parasite commun à l'homme et aux animaux

est l'une des nombreuses conquêtes de la médecine vétérinaire [1].

J'ajoute, ce que vous savez déjà et ce que montre l'une de mes pièces (*pl. II, fig.* 16), que ces curieuses et formidables lésions peuvent dans une certaine mesure rétrocéder et guérir sous l'action de l'iodure de potassium, qui constitue une médication réellement spécifique [2].

*
* *

J'abuserais, messieurs, de votre bienveillante attention si je ne terminais au plus tôt cette communication, déjà trop longue, bien qu'encore insuffisamment explicite. Aussi, me contenterai-je de vous montrer, pour clôturer la série des pièces, plusieurs *odontomes radiculaires des dents molaires du cheval,* constitués par du cément et résultant vraisemblablement d'une périostite alvéolo-dentaire, d'observation assez commune (non reproduits).

Le musée de l'École d'Alfort, d'où proviennent ces odontomes, renferme sur le sujet que je n'ai qu'esquissé des pièces d'un grand intérêt. Je me tiendrai volontiers à la disposition des membres de la Société d'Odontologie qui désireraient, pour plus ample informé, visiter l'École d'Alfort et en particulier ses collections.

---

1. V. l'excellent article du professeur Neumann, de l'École vétérinaire de Toulouse, *Premier supplément au Dictionnaire de médecine vétérinaire.* Asselin et Houzeau, éd., Paris, 1897.

2. Les travaux récents de M. Lignières, ancien chef de travaux à l'École d'Alfort, directeur de l'Institut bactériologique de Buenos-Ayres, et de M. Spitz, son élève, confirmés par M. le professeur Nocard, démontrent aujourd'hui qu'un autre parasite que le Discomyces bovis, l'*Actinobacille*, provoque des lésions sensiblement identiques. (Au sujet de l'*actinobacillose*, voy. *Bullet. de la Société centrale de méd. vétérinaire*, année 1902.)

PLANCHE III



Cancer de la mâchoire inférieure, d'origine paradentaire, chez le cheval. La tumeur, d'un volume considérable, siège sur le corps du maxillaire. Les incisives existent encore à sa surface; à gauche, on en voit trois contiguës (un coin, une mitoyenne et une pince). Les trois autres sont moins distinctes. Elles ont été refoulées sur la droite et se montrent irrégulièrement implantées.

PROTHÈSE MÉDIATE

DEUX CAS TYPES DE RESTAURATION DES MAXILLAIRES

Par M. P. Martinier,
Professeur à l'Ecole dentaire de Paris.

(Communication de la Société d'Odontologie. Séance du 3 février 1903.)

On désigne sous le nom de *prothèse médiate* la prothèse appliquée peu de temps après l'opération.

Les restaurations médiates de la cavité buccale ou de la face qui doivent suivre des opérations ou des accidents ont pour but de rétablir artificiellement l'aspect et les fonctions des parties détruites ou déformées. Le premier obstacle à surmonter consiste alors dans la rétraction cicatricielle; mais les modifications à faire subir aux tissus cicatriciels présentent aussi, de leur côté, une grande difficulté. Il y a donc lieu de se préoccuper de la façon dont vont se comporter les tissus qui servent de base à l'appareil et ceux avec lesquels il entre en contact. Or, ainsi que l'a démontré Cl. Martin, le tissu cicatriciel n'est pas un tissu mort, il est vivant et susceptible par conséquent de modifications d'ordre vital et nutritif qui le rendent relativement malléable et modifiable dans certaines conditions. Il est dès lors indispensable, quand on entreprend des restaurations de ce genre, de combiner des appareils modifiables au fur et à mesure qu'ils exercent une influence salutaire sur les tissus environnants.

Un principe fondamental domine cette méthode: il consiste uniquement à exercer sur le tissu cicatriciel une action lente et continue, qui le sollicite dans un sens exactement opposé à celui dans lequel agit sa rétractilité et qui soit capable de défaire ce qu'a fait cette force rétractile.

Les moulages et appareils que j'ai l'honneur de soumettre à votre examen représentent deux cas types de ce genre de prothèse: l'un pour le maxillaire inférieur, l'autre pour le maxillaire supérieur; ils ont été traités à l'Ecole dentaire de Paris, dans le service dont je suis chargé.

Le premier remonte à l'année 1898 et concerne un sujet de 24 ans opéré d'un ostéo-sarcome du maxillaire inférieur, qui, deux mois après, venait à la Clinique de l'Ecole pour qu'on lui confectionnât et qu'on lui posât un appareil prothétique.

A l'examen du sujet on constate une déformation très étendue de la face par suite de la résection de toute la portion gauche du maxillaire inférieur, depuis le condyle jusqu'à la canine droite incluse. Les brides cicatricielles sont épaisses, très tendues et elles attirent à elles la partie restante du maxillaire inférieur, en déplaçant le fragment en dedans.

Ce déplacement a pour résultat le désengrènement des dents que porte ce fragment avec le maxillaire opposé.

Le malade ne peut plus mastiquer, il est obligé de se nourrir d'aliments liquides, il perd abondamment sa salive, parle assez difficilement et sa prononciation est considérablement altérée.

Traitement. — L'empreinte du fragment restant fut prise sans tenir compte des parties molles environnantes, qui dans ce cas n'ont qu'une importance secondaire et ne peuvent fournir d'indications exactes, et l'on construisit l'appareil primitif. Celui-ci comprenait :

1° Une cage de platine, qui emboîte presque de toutes parts le fragment du maxillaire inférieur et descend très bas, prenant ainsi un fort point d'appui sur le maxillaire et non sur les dents, afin de ne pas trop les fatiguer.

A cette cage sont soudées deux fortes tiges de maillechort destinées à soutenir un maxillaire artificiel en caoutchouc brun d'une forme et d'une courbure approximatives, reposant lui-même sur les brides cicatricielles. La partie supérieure du caoutchouc vient en contact avec les dents du maxillaire opposé pour y trouver les points de contact nécessaires au rétablissement de l'articulation ; la partie inférieure ou basale et la partie jugale sont destinées à distendre lentement les brides cicatricielles par l'augmentation progressive du volume de l'appareil et par le massage méca-

nique qu'exerce l'appareil sur ces tissus lors des différents mouvements du maxillaire *(fig. 1)*.

2° Un appareil supérieur en platine auquel est soudée verticalement et du côté droit une plaquette également en platine, de forme à peu près rectangulaire. Cette plaquette

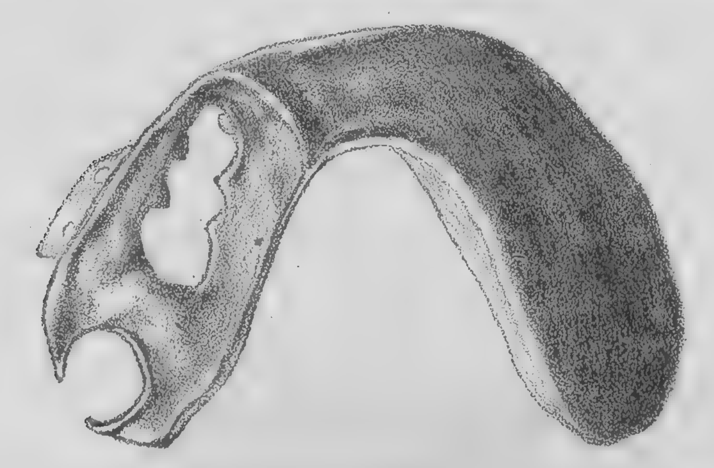


Fig. 1. — Appareil de restauration du maxillaire inférieur : côté gauche de la figure, partie squelettique métallique embrassant le fragment restant ; le côté droit et la partie médiane en caoutchouc sont destinés à rester en contact avec les tissus cicatriciels pour les distendre.

glisse en dedans contre une autre plaquette en caoutchouc, fixée elle-même à la cage en platine à l'aide de vis.

Les deux plaquettes glissant l'une sur l'autre sont destinées à empêcher les mouvements de latéralité, en maintenant constamment dans sa position normale le fragment du maxillaire respecté par le chirurgien dans les mouvements d'abaissement de la mâchoire inférieure.

Du côté gauche un fort ressort à boudin, fixé à l'aide de porte-ressorts, était destiné à exercer une pression verticale suffisamment forte pour distendre peu à peu les brides cicatricielles.

Au fur et à mesure que les brides cédaient et se relâchaient, on ajoutait une épaisseur de gutta-percha en dessous et sur le côté externe de l'appareil, gutta-percha destinée à être remplacée par du caoutchouc brun lors de la confection de l'appareil suivant, naturellement plus volumineux.

Plusieurs appareils de ce genre doivent précéder l'appareil définitif muni de dents, dans lequel on remplace le caoutchouc brun de la face interne et externe par du caoutchouc rose indispensable à l'esthétique.

Quinze jours après la pose du premier appareil le ressort fut enlevé sans inconvénient, l'appareil était bien en place et la dilatation lente des brides cicatricielles se faisait simplement par l'augmentation du volume de l'appareil.

Le malade porte cet appareil depuis cette époque et les résultats fonctionnels et esthétiques sont des plus satisfaisants (*fig.* 2).

Dans le 2e cas (restauration du maxillaire supérieur) il

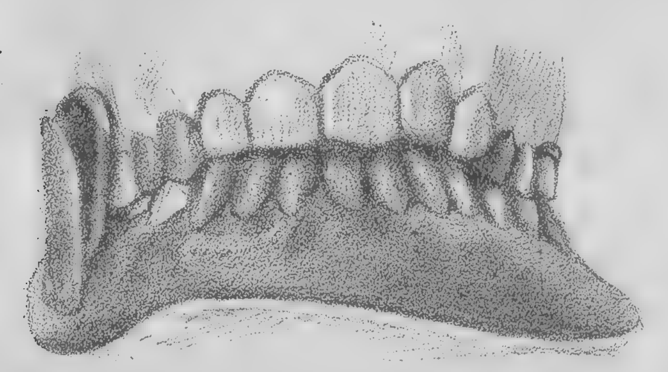


Fig. 2. — Appareil de restauration du maxillaire inférieur et appareil supérieur placés dans la bouche à l'état d'occlusion.

s'agit d'une dame de 39 ans opérée le 30 septembre 1901, à l'hôpital Saint-Antoine, d'un sarcome du maxillaire supérieur par M. le professeur Sebileau. Elle fut adressée par ce chirurgien à l'Ecole dentaire de Paris le 15 octobre 1901.

La bouche présente les particularités suivantes :

A. *Maxillaire supérieur.* — Du côté droit les deux incisives, la canine, les deux prémolaires et la molaire de 6 ans subsistent et sont en bon état. La dent de 12 ans et la dent de sagesse ont été extraites depuis longtemps.

B. *Maxillaire supérieur.* — Du côté gauche, une vaste cavité s'étend de la ligne médiane de la voûte palatine à la ligne d'insertion du buccinateur et atteint son maximum de profondeur au niveau du bord alvéolaire. Cette cavité fait

communiquer la cavité buccale avec le sinus et par suite avec les fosses nasales et a comme point de terminaison la tubérosité du maxillaire supérieur dans le sens antéro-postérieur (*fig.* 3).

Il s'agit donc de remplacer exactement la moitié du maxillaire supérieur; mais la perte de substance osseuse a eu



Fig. 3. — Modèle en plâtre tiré de la première empreinte : à droite de la figure la perforation faisant communiquer la cavité buccale avec le sinus et les fosses nasales.

comme toujours pour conséquence l'effondrement d'un côté de la face et le retrait de la joue en dedans; de plus, celle-ci entraîne avec elle la lèvre supérieure en la relevant à ce niveau.

Cette difformité faciale s'ajoute aux troubles fonctionnels qui accompagnent ces résections étendues, et la mastication, la phonation, la déglutition laissent beaucoup à désirer.

Il ressort de cet examen que le traitement prothétique doit avoir un double but :

1° Rétablir les fonctions physiologiques des mâchoires;

2° Rendre à la face son esthétique normale.

Traitement. — L'empreinte au plâtre du fragment restant du maxillaire supérieur fut prise, ainsi que celle du

maxillaire inférieur, et, appliquant encore le procédé de dilatation lente des brides cicatricielles, nous construisîmes un premier appareil provisoire composé d'une carcasse métallique constituée :

1° Par un bandeau externe contournant les dents et s'appliquant sur la gencive ;

2° Par une plaque estampée sur la voûte palatine restante, à laquelle furent soudés des prolongements métalliques destinés à donner une insertion à la masse de caoutchouc brun pur. (Ce caoutchouc, qui ne contient que 6 o/o de soufre, est le plus léger et le mieux toléré par les tissus cicatriciels.) Cette masse formant pont au-dessus de la cavité reproduit exactement la forme d'un bloc de cire préalablement fixé aux prolongements et essayé dans la bouche, afin de mouler les tissus cicatriciels de la joue que l'appareil est destiné à distendre *(fig. 4)*.

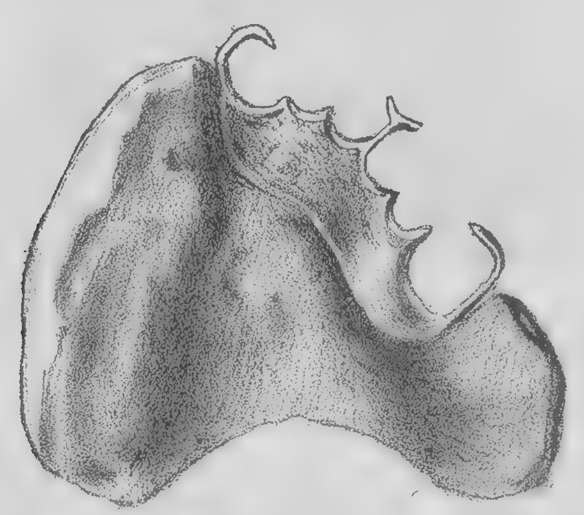


Fig. 4. — Premier appareil vu par sa face palatine : à droite de la figure la partie squelettique métallique primitive, à gauche de la figure la partie construite en caoutchouc dur destinée à couvrir la voûte palatine en obturant la perforation; la partie externe de l'appareil comporte une couche de gutta-percha ayant pour but d'augmenter son volume.

Elle comporte à sa partie inférieure une bordure articulaire destinée à rétablir les rapports des deux mâchoires dans les mouvements d'occlusion *(fig. 5)*

Le bandeau externe et la plaque palatine sont reliés entre

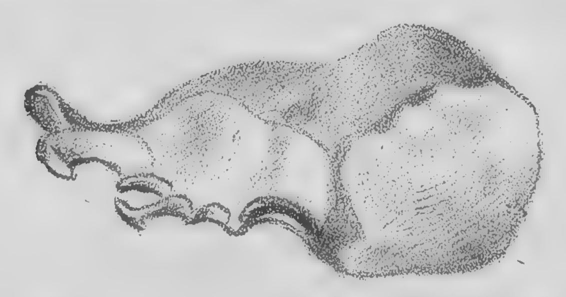


Fig. 4 *bis*. — Même appareil vu par la face antérieure à hauteur de l'œil ; la partie blanche indique la gutta ajoutée.

eux par une série de crochets en or platiné appliqués sur la face interne et externe des dents et soudés seulement à leur

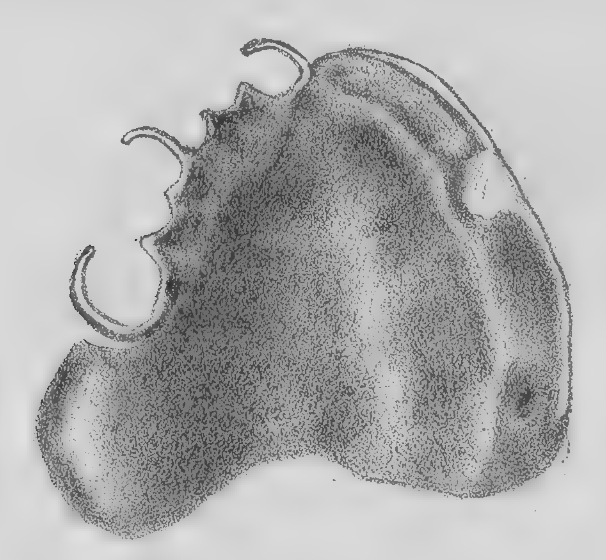


Fig. 5. — Appareil primitif vu par sa face linguale avec sa bordure articulaire destinée à rétablir les rapports des maxillaires.

partie centrale sur une très petite étendue, de façon à leur donner une élasticité très grande.

Le volume de la masse fut augmenté à l'aide d'applications de gutta-percha.

On peut, si l'on veut, ne pas employer la gutta, qui a l'inconvénient de se ramollir légèrement dans la bouche. Le procédé consiste à vulcaniser, au moment de la confection des appareils, une série de plaquettes en caoutchouc épou-

sant la forme externe de l'appareil dans sa partie destinée à distendre les tissus cicatriciels. La superposition des plaquettes faite progressivement augmente ainsi la pression sur les tissus à distendre.

La fixation de ces plaquettes à l'appareil peut se faire à l'aide de vis.

On aura soin au préalable, pour éviter la pénétration des liquides buccaux, de badigeonner la face interne de la plaquette et la partie correspondante de l'appareil avec une dissolution de gutta dans le chloroforme.

Le deuxième appareil, plus volumineux, fut placé quinze jours après (*fig.* 6).

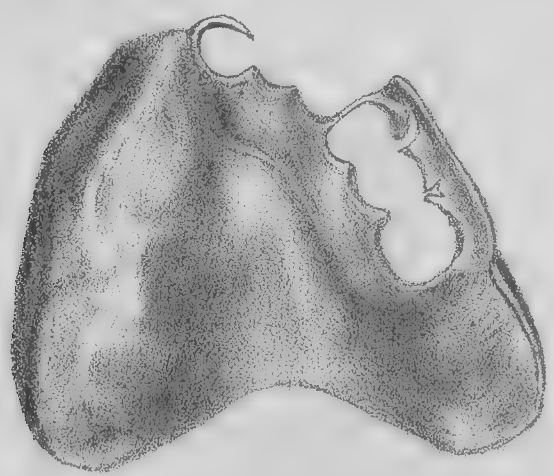


Fig. 6. — Deuxième appareil avec sa partie squelettique métallique définitive. son aile externe et ses crochets spéciaux.

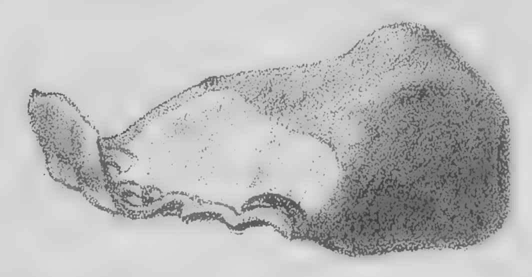


Fig. 6 *bis*. — Même appareil, vu par la face antérieure à hauteur de l'œil.

Enfin le troisième appareil comportant des dents put être placé et amena promptement le résultat désiré.

Les différents modèles et les divers appareils appliqués, y compris l'appareil définitif contenant du liège dans sa masse et qui ne pèse que 27 grammes, vous montreront d'ailleurs mieux que mes explications les procédés employés (*fig.* 7).

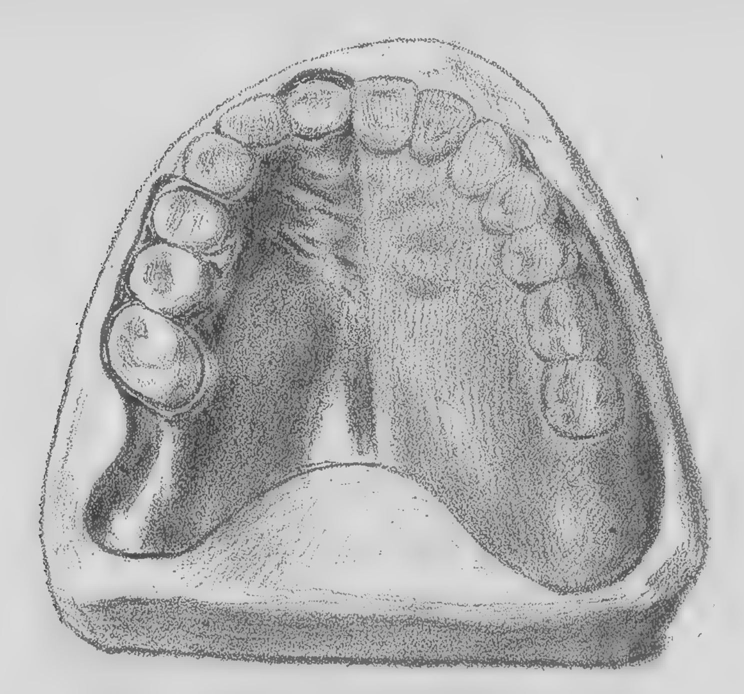


Fig. 7. — Appareil définitif vu par sa face linguale.

Je tiens à vous faire remarquer dans ce dernier cas trois points importants :

1° La cicatrisation de la plaie s'est opérée dans les meilleures conditions possibles. Le tissu de néoformation a revêtu la forme de mes appareils et a été guidé par eux ; à peine reste-t-il un orifice de 1 mm de diamètre à la partie postérieure de la voûte palatine, orifice qui serait fermé depuis longtemps si l'éloignement de la malade m'avait permis d'appliquer le traitement indiqué (*fig.* 8) ;

2° La rétention de l'appareil a été obtenue (quoique les dents restantes soient extrêmement courtes et par conséquent ne la favorisent pas du tout) sans avoir eu recours aux ressorts à boudin, généralement employés pour des cas

semblables, notamment par Martin, de Lyon, dans un cas identique.

Je suis donc en droit de dire que le système de crochets analogue à celui que j'emploie pour fixer mes appareils de redressement dans certains cas est un procédé de choix.



Fig. 8. — Modèle en plâtre tiré de la dernière empreinte, après cicatrisation des parties molles et dilatation des tissus cicatriciels.

En effet, les ressorts appliqués dans ce milieu et en contact avec les tissus environnants ne peuvent que les irriter et retarder les résultats favorables, en même temps qu'ils constituent une gêne pour le malade (*fig.* 4);

3° Les résultats fonctionnels et esthétiques ne laissent rien à désirer : ils ont été obtenus sans provoquer aucune douleur, sans avoir déterminé la plus petite ulcération des tissus distendus, et par le procédé lent et continu. L'effondrement de la joue a totalement disparu et rien dans l'aspect extérieur de la malade n'indique la restauration d'une partie aussi considérable du maxillaire (*fig.* 9).

Le traitement n'a pas excédé deux mois ; mais il est né-

cessaire dans tous les cas de ce genre de surveiller attentivement et constamment les parties sur lesquelles l'effort est exercé et de bien modérer la traction ou la pression.

J'ajouterai encore que pour l'un et l'autre de ces appareils, qu'il s'agisse du bas ou du haut, la méthode à suivre pour parvenir à de bons résultats est la suivante :

1° Prise de l'empreinte au plâtre du fragment ;

2° Construction de la partie squelettique, c'est-à-dire métallique de l'appareil, destinée à assurer sa rétention et à empêcher le déplacement du fragment ;



Fig. 9. — Appareil définitif supérieur placé dans la bouche à l'état d'occlusion.

3° Essai dans la bouche de cette partie squelettique à laquelle on fixe sur les prolongements métalliques une masse de cire destinée :

A) A mouler les parties sur lesquelles reposera l'appareil extenseur et les parties avec lesquelles il entre en contact ;

B) A rétablir l'articulation avec les dents du maxillaire opposé ;

4° Reproduction en caoutchouc pur de la masse de cire ;

5° Mise en moufle et bourrage de la partie volumineuse de l'appareil dans le centre de laquelle est introduit un morceau de liège pour augmenter sa légèreté ;

6° Mise en place du premier appareil provisoire et surveillance attentive des tissus sur lesquels on veut agir ;

7° Modification à apporter au volume de l'appareil ;

8° Confection du deuxième appareil provisoire avec augmentation de volume ;

9° Modifications à lui faire subir au fur à mesure de la distension ;

10° Confection d'un appareil définitif comportant les dents artificielles et pose de cet appareil.

En résumé et comme conclusion, la prothèse médiate appliquée judicieusement, méthodiquement, doit occuper une place considérable dans la prothèse actuelle et est appelée à un grand avenir, parce qu'elle est indiquée dans un nombre de cas considérable de préférence à la prothèse immédiate, au double point de vue de ses résultats pratiques et de l'esthétique ; elle peut, en outre, s'appliquer dans des conditions beaucoup plus favorables, et *elle repose sur des procédés extrêmement simples,* à la portée même de ceux auxquels elle n'est pas familière.



SOCIÉTÉ D'ODONTOLOGIE DE PARIS

Séance du 3 février 1903.

Présidence de M. CHOQUET, président.

La séance est ouverte à 8 h. 35 ; M. Sautier s'excuse de ne pouvoir assister à la réunion.

M. Choquet propose de reporter à la séance de mars l'adoption des procès-verbaux des séances de décembre et de janvier, contenus dans le numéro de *L'Odontologie* actuellement sous presse.

Cette proposition est adoptée.

I. — TUMEURS DES MACHOIRES CHEZ LES ANIMAUX, PAR M. PETIT, PROFESSEUR D'ANATOMIE PATHOLOGIQUE A L'ECOLE VÉTÉRINAIRE D'ALFORT.

Cette communication est publiée page 215.

DISCUSSION.

M. Choquet. — Les applaudissements prolongés qui viennent d'éclater avec tant d'enthousiasme me dispensent de remercier mon excellent ami M. Petit. Ils seront pour lui une juste récompense de ses efforts et ils l'empêcheront de regretter d'avoir abandonné pour quelques heures les importants travaux qu'il prépare actuellement dans son laboratoire. Nous avons assisté à un véritable cours sur les tumeurs des mâchoires et chacun de nous y a puisé un utile enseignement. Si nous avons pu suivre, dans leurs détails les plus délicats, les explications de M. Petit, nous ne le devons pas seulement à la méthode claire et concise de notre conférencier, nous le devons encore aux nombreuses pièces anatomo-pathologiques qui, défilant sous nos yeux, ont éclairé ce que des considérations purement théoriques auraient pu laisser dans l'obscurité.

M. Fritau. — Je ne prends pas la parole pour discuter la remarquable communication de M. Petit, car je ne me sens pas une autorité suffisante pour parler après un maître aussi éminent. Je veux simplement faire ressortir certains rapprochements existant entre les

tumeurs des mâchoires chez l'homme et les tumeurs des mâchoires des animaux.

M. Petit nous a montré, par exemple, un ostéo-sarcome développé sur le maxillaire supérieur du chien, et nous l'avons vu envahissant toutes les cavités de la face; c'est ainsi que progresse l'ostéo-sarcome chez l'homme et il envahit aussi les fosses nasales, les sinus frontaux et maxillaires, la bouche et même la cavité crânienne.

M. Petit nous a dit que l'ostéo-sarcome était plus fréquent à la mâchoire supérieure qu'à l'inférieure : cela est également vrai chez l'homme ; nos traités classiques de chirurgie constatent tous cette fréquence. Il a encore insisté avec beaucoup de raison sur la nécessité, en matière de tumeur conjonctive, de faire un examen microscopique afin d'assurer la nature exacte du néoplasme : c'est ainsi que, dans certains sarcomes, le tissu fibreux est si abondant que les éléments embryonnaires caractéristiques n'y sont découverts qu'après un examen très approfondi. Nous ferons bien de suivre à ce propos l'excellent conseil de M. Petit, et nous devons le remercier de nous avoir rappelé cet élément indispensable de diagnostic.

M. Petit nous a donné son opinion sur cette variété de fibromes nés sur les gencives, ou épulis, que nous observons si souvent en chirurgie spéciale. Il nous a dit que ces épulis étaient assez rarement des fibromes purs, qu'elles étaient presque toujours des tumeurs mixtes contenant, au milieu des éléments caractéristiques du fibrome, des cellules sarcomateuses, parfois même des cellules épithéliales, et il nous a montré leur implantation profonde dans le tissu osseux. J'attache à cette partie de la communication de M. Petit une importance considérable : si les épulis sont souvent des tumeurs mixtes (fibro-sarcomes), elles sont susceptibles de généralisation ; si elles sont profondément implantées dans le bord alvéolaire, elles ne doivent pas être opérées par la simple excision de la *tumeur gingivale ;* il faut aussi et surtout enlever leur point d'implantation intra-osseux. Je saisis avec plaisir l'occasion de renouveler ce que j'ai dit à propos de ce traitement dans le Journal *L'Odontologie* en 1897 [1], et je remercie M. Petit de me fournir le prétexte de critiquer une récente communication sur l'épulis dans un Congrès dentaire : l'auteur de cette communication déclare que, pour traiter une épulis, il suffit de réséquer ce qui fait saillie sous la gencive. Je ne le pense pas et l'assertion d'un anatomo-pathologiste aussi éminent que M. Petit m'est une nouvelle preuve que le seul traitement radical de l'épulis, celui qui met le malade à l'abri d'une récidive, c'est la résection de la portion intra-alvéolaire de la tumeur, suivant l'excision de la portion gingivale.

1. Dr Friteau, *Diagnostic et traitement de l'épulis*, in Journal *L'Odontologie*, mars 1897, pages 140 à 144.

Lorsque, dans la deuxième partie de son travail, M. Petit nous a décrit les épithéliomas des animaux, il s'est arrêté longuement sur la variété de ces tumeurs qui nous intéresse particulièrement, sur l'épithélioma paradentaire. Il nous a dit combien étaient fréquents chez les animaux ces cancers nés dans les amas épithéliaux paradentaires, et, nous rappelant les travaux de Malassez, il nous a montré le rôle important joué par ces amas épithéliaux dans la genèse de nombreuses tumeurs des maxillaires. Ce que M. Petit nous a décrit à propos des cancers chez les animaux est vrai chez l'homme : à côté des épithéliomas d'origine cutanée, à côté des épithéliomas d'origine muqueuse, nous observons fréquemment chez l'homme des épithéliomas d'origine paradentaire ; et je pense même que nous n'attribuons pas une assez grande part à ces épithéliomas paradentaires dans l'étude des tumeurs des mâchoires.

Je terminerai en m'associant à notre président pour remercier M. Petit de sa communication tout à fait magistrale ; le sujet, si intéressant pour nous, était très aride et une aussi longue étude aurait pu fatiguer notre attention. Tel ne pouvait être le résultat avec la méthode, avec l'éloquence de M. Petit : nous avons été intéressés, nous avons été instruits, nous avons été charmés.

M. Petit. — Je m'associe aux paroles de M. Friteau en ce qui concerne les épulis, et je répète que la plupart du temps les épulis sont des tumeurs mixtes, justiciables d'un traitement radical. Je le remercie de la bienveillance avec laquelle il a apprécié ma communication, et je vous remercie tous autant de l'attention soutenue avec laquelle vous m'avez écouté que des paroles de gratitude que votre président et mon ami, M. Choquet, m'a adressées en votre nom.

M. Choquet. — Je crois, messieurs, que vous serez de tout cœur avec moi pour adresser à M. Petit nos plus sincères félicitations et pour le remercier de nous avoir montré les rapports existant, au point de vue anatomo-pathologique, entre les tumeurs des mâchoires des animaux et les tumeurs des mâchoires de l'homme. Nous devons désirer entendre souvent des savants aussi érudits, des conférenciers aussi éloquents que M. Petit, et nous garderons longtemps le souvenir du charme avec lequel il nous a instruits.

II. — Deux cas de restauration médiate, par M. Martinier, professeur a l'École dentaire.

Cette communication est publiée page 225.

Discussion.

La discussion ne commence qu'après l'examen de la malade faisant l'objet de la seconde observation de M. Martinier.

M. Gillard. — Dans les cas de restauration médiate d'une moitié

ou d'une partie du maxillaire inférieur, la première difficulté est de s'opposer au déplacement latéral du maxillaire. Les deux lames verticales de l'appareil de M. Martinier répondent bien à cette indication : elles ont un inconvénient, c'est de constituer une surface de frottement assez étendue, qui entrave les mouvements de la mâchoire. Aussi, quand je construis des appareils analogues, je fixe à la partie inférieure de la lame supérieure une tête de clou : la surface de frottement se trouve ainsi considérablement réduite et les deux lames n'entrent en contact que par le sommet de la tête du clou.

Je trouve à l'appareil de M. Martinier l'inconvénient suivant : derrière la lame verticale de l'appareil inférieur, il existe, entre cette lame et la plaque-base, une gouttière dans laquelle les aliments s'accumulent durant les repas; dès qu'une certaine quantité d'aliments s'est accumulée à ce niveau, les mouvements de mastication ne sont plus possibles. Aussi ai-je conseillé, dans des cas de ce genre, de creuser à ce niveau dans la plaque-base une échancrure, à travers laquelle passent les matières alimentaires. Dans l'un des derniers appareils de restauration médiate que j'ai construits, j'avais négligé de creuser cette échancrure : mon malade se plaignit vite de l'accumulation des aliments dès le début des repas. L'appareil était en métal et j'y creusai facilement une échancrure d'assez grandes dimensions : l'inconvénient disparut aussitôt et les mouvements devinrent et restèrent parfaitement libres durant les repas.

M. Frey. — Je crois que le frottement entre les deux lames dont parle M. Gillard n'existe plus au bout de quelques jours, et je trouve inutile l'adjonction de la tête de clou sur la lame supérieure.

Le principal inconvénient des appareils de prothèse médiate pour remplacer une partie du maxillaire inférieur consiste dans leur mise en place; le déplacement latéral vers le côté réséqué est si accentué qu'il faut exercer une traction considérable pour articuler le fragment de mâchoire inférieure avec les dents supérieures. Tout récemment, chez un malade blessé durant la campagne de Chine, le déplacement latéral, qui était de date déjà ancienne au moment de mon intervention, était si difficile à corriger que j'ai imaginé un dispositif spécial pour rendre possible le passage de la lame inférieure en dehors de la supérieure. J'ai rendu mobile dans une rainure la lame ou aileron inférieur et j'ai pu la glisser à sa place lorsque, après de fortes tractions, le déplacement a été corrigé. Ce dispositif spécial m'a donné de bons résultats. La tendance au déplacement latéral a presque disparu par la suite, et les mouvements ont repris leur direction normale à tel point que je me suis demandé si, au bout de quelques jours, la suppression des lames n'était pas possible. Je n'ai pas osé les supprimer, parce que le malade ne se plaignait pas de leur présence : elles n'entravaient pas ses mouvements, et il n'y avait en-

tre elles, au bout de quelques jours, aucune trace de frottement.

M. Gillard. — Chez un malade que j'ai présenté autrefois à cette Société, j'avais eu beaucoup de peine à introduire les appareils avec leurs ressorts. Aussi j'avais rendu les ressorts indépendants : j'avais fait dans les arcades dentaires artificielles de petites pièces mobiles sur lesquelles les ressorts étaient fixés. Le malade mettait d'abord en place les arcades dentaires prothétiques, et lorsqu'elles étaient en bonne position, il plaçait les ressorts et leurs pièces d'attache mobiles dans les logettes ménagées à cet effet. Il y avait des plaquettes sous les ressorts, et l'appareil supérieur était facilement séparable de l'inférieur.

M. Martinier. — Je connais le procédé de la tête de clou dont a parlé M. Gillard pour diminuer la surface de frottement entre les deux lames supérieure et inférieure. Je ne l'ai pas trouvé indispensable et ne l'ai pas appliqué dans ce cas particulier. J'ai constaté en effet dès les premiers jours que la surface de contact entre mes deux lames était considérablement réduite. Je n'ai pas observé l'accumulation des aliments derrière la lame inférieure et je ne crois pas à l'efficacité absolue de l'échancrure que M. Gillard préconise de creuser à ce niveau. Je pense qu'il suffit, en pareil cas, de recommander aux malades porteurs d'appareils de prothèse une hygiène buccale des plus rigoureuses. Si les appareils sont enlevés et lavés après chaque repas, l'inconvénient signalé par M. Gillard ne doit pas exister; pour ma part, je ne l'ai observé chez aucun de mes malades : toutefois il est possible que l'échancrure conseillée par M. Gillard permette l'écoulement des aliments qui s'accumuleraient derrière la lame inférieure et je ne vois pas d'inconvénient à l'adopter.

Nous avons tous observé les difficultés du début dont a parlé M. Frey en ce qui concerne la lutte contre le déplacement latéral. C'est pour triompher de ces difficultés que Cl. Martin fait porter, durant un certain temps, un appareil constitué par un casque et une bande de caoutchouc qui tire en dehors le fragment déplacé de la mâchoire ; dans les cas anciens et rebelles cet appareil de traction donne d'excellents résultats et la mise en place de l'appareil prothétique est plus aisée.

En apportant à la Société d'Odontologie ces deux observations de prothèse médiate, je n'ai eu d'autre but que de montrer les excellents résultats esthétiques et fonctionnels qu'ils donnent et leur facilité d'exécution. Il n'est pas nécessaire d'être spécialiste en ce genre de restauration pour arriver à un résultat satisfaisant : chacun de nous peut, avec les éléments contenus dans nos ateliers de prothèse, construire des appareils de restauration médiate : leur simplicité les met à la portée de tous et nous devons faire tous nos efforts pour les vulgariser.

M. Choquet. — Je remercie vivement M. Martinier de sa communication; elle a un intérêt essentiellement pratique, qui n'échappera à personne. Les appareils que nous avons vus joignent à des qualités de légèreté et de propreté l'immense avantage d'une construction facile; la malade qui nous a été soumise a une esthétique parfaite et elle a retrouvé intactes toutes les fonctions de son maxillaire inférieur. Nous sommes en présence de résultats excellents et vous vous associerez à moi pour adresser à M. Martinier nos plus vives félicitations.

Lecture est donnée du programme des démonstrations pratiques du dimanche 8 février.

La séance est levée à 11 heures.

Le Secrétaire général,
Dr FRITEAU.



L'Odontologie fait traiter ici par son collaborateur spécial les questions de urisprudence que ses lecteurs désirent faire élucider.

Exercice illégal de l'art dentaire. — Non-homicide par imprudence. — Anesthésie.

Tribunal correctionnel de la Seine (10e Ch.) : 23 *octobre* 1902.

Doit être condamné pour exercice illégal de l'art dentaire celui qui, ayant pris ses douze inscriptions à l'*École dentaire*, travaille chez divers praticiens comme ouvrier dentiste, sans être encore pourvu du diplôme délivré par l'*École de médecine*.

Au cas où, à la suite d'une intoxication de morphine par injection hypodermique, aux fins d'extraire une dent, le patient endormi — un vétérinaire de profession — succombe, et où, l'enquête révèle que l'issue fatale de l'injection a été déterminée par l'état général de la victime, qui était absolument alcoolique, et sur les instances formelles de qui l'injection a été faite, il ne saurait, dans l'impossibilité de rendre certaine la relation de cause à effet entre l'injection et la mort du patient, y avoir condamnation pour homicide par imprudence, alors surtout que la famille s'est formellement opposée à 'autopsie.

(Poudensan).

F. W.

Art dentaire. — Exercice illégal. — Complicité. — Syndicat.

Tribunal correctionnel de la Seine (10e Ch.) : 12 *décembre* 1902.

Commet le délit d'exercice illégal celui qui, non inscrit au rôle des patentes au 1er janvier 1892 comme dentiste, a, depuis moins de trois ans, à *Paris*, exercé l'art dentaire, sans être titulaire des diplômes exigés par la loi.

C'est se rendre complice du délit que de payer le loyer de l'appartement où le non-patenté a installé son cabinet et de payer une patente de dentiste inscrite à son propre nom.

Et l'on cause ainsi au *Syndicat des chirurgiens-dentistes* un préjudice dont on doit réparation solidaire.

(*Syndicat des chirurgiens-dentistes* c. Zula et de Crosse).

F. W

*
* *

D'après le *Monde dentaire*, M. *Th. Evans*, dentiste à *Paris*, a été condamné par le *Tribunal correctionnel* (10e *Ch.*) *de la Seine* pour usurpation du titre de docteur-médecin, ayant laissé à la porte de l'immeuble où il exerce l'art dentaire la plaque de docteur-médecin d'un oncle, qui exerçait la médecine.

F. W.

Faculté libre de médecine. — Contrat mettant partiellement un hopital a la disposition de la Faculté pour le service de la Faculté, moyennant espèces. — Loi du 12 juillet 1875. — Validité.

Tribunal civil de Lille (1re *Ch.*) : 19 *juin* 1902.

Est valable et obligatoire, tant que les deux parties ne sont pas d'accord pour le résilier, l'engagement pris par la Commission administrative des hospices d'une ville, envers les fondateurs d'une Faculté libre de médecine, de mettre à la disposition de cette Faculté, moyennant le paiement d'un capital une fois versé, l'hôpital exigé par l'article 7 de la loi du 12 juillet 1875 pour les enseignements cliniques.

Il importe peu que le contrat intervenu dans ces conditions ait reçu l'approbation du préfet seul, sans avis préalable du Conseil municipal, et la nullité résultant de ce défaut d'avis préalable du Conseil municipal, à supposer qu'elle existe, est couverte par la prescription (Article 1304 du Code civil).

Un tel contrat ne constitue pas une aliénation partielle de la propriété, mais une simple obligation personnelle de faire prise pour une durée indéterminée.

D'autre part, s'il entraîne implicitement, pour la Commission administrative, la renonciation à son droit de nommer les médecins et chirurgiens de l'hôpital, ainsi mis à la disposition d'une Faculté libre de médecine; cette renonciation étant la conséquence nécessaire des dispositions de la loi, qui prévoit cette convention, ne saurait être une cause de nullité ou de résiliation du contrat.

La *Gazette des tribunaux* du 16 octobre 1902 donne le texte de cet intéressant jugement.

F. W.

Listes.

La *Préfecture de police* vient de publier la Liste pour 1902 des docteurs en médecine, officiers de santé, sages-femmes, pharmaciens, dentistes *diplômés* et *patentés*, exerçant dans son ressort (*Paris, Saint-Denis, Sceaux*, et *Seine-et-Oise*).

Elle comprend 3.395 docteurs en médecine (dont 2.965 à *Paris*), au lieu de 3.248 en 1901;

480 officiers de santé (dont 42 à *Paris*), au lieu de 52 en 1901 ;

1.437 sages-femmes (dont 1.126 à *Paris*), au lieu de 1.402 en 1901 ;

314 chirurgiens-dentistes (dont 290 à Paris), au lieu de 294 en 1901 ;

1.548 pharmaciens (dont 1.197 à *Paris*), au lieu de 1.503 en 1901 ;

397 dentistes (dont 352 à *Paris*), au lieu de 388 en 1901.

La Statistique de cette année renferme, en outre, un tableau comparatif du nombre des praticiens ayant exercé de 1893 à 1902 inclus, soit durant une période de 10 ans.

Il en ressort que le nombre des docteurs en médecine a augmenté de 1.187 ; celui des officiers de santé a diminué de 71 ; celui des sages-femmes a augmenté de 48 ; celui des pharmaciens, de 393, et celui des chirurgiens-dentistes (à partir de 1894, année où a commencé seulement à être délivré le diplôme institué par la Loi du 30 novembre 1892), de 244.

Par contre, la statistique ne relève pas le nombre des dentistes patentés, dans ce tableau comparatif.

Elle continue toujours à ne pas mentionner les docteurs en médecine exerçant l'art dentaire ou les étrangers, et à ne pas distinguer les sexes des praticiens ; enfin la liste est toujours hospitalière aux fabricants de râteliers et dents artificielles.

Il y a, parmi les dentistes diplômés, 42 femmes :

2 au 1er arrondissement ; — 1 au 3e ; — 2 au 4e ; — 1 au 5e ; — 4 au 8e ; — 10 au 9e ; — 5 au 10e ; — 2 au 11e ; — 2 au 12e ; — 1 au 14e ; — 2 au 15e ; — 3 au 16e ; — 2 au 17e ; — 1 *à Neuilly* ; — 1 *au Perreux* ; — 1 *à Malakoff* ; — 1 *à Saint-Mandé* ; — 1 *à Montrouge*.

Les dentistes patentées femmes sont au nombre de 27 :

1 au 1er arrondissement ; — 3 au 2e ; — 2 au 3e ; — 1 au 4e ; — 1 au 7e ; — 3 au 8e ; — 1 au 9e ; — 3 au 10e ; — 4 au 11e ; — 1 au 17e ; — 1 au 19e ; — 1 *à Maisons-Alfort* ; — 1 *au Perreux* ; — 3 *à Saint-Denis* ; — 1 *à Vincennes*.

F. W.

ADRESSES UTILES

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

Nous croyons intéressant pour nos lecteurs de reproduire l'article suggestif ci-après signé C publié par la *Revue de Stomatologie* dans son dernier numéro.

POUR FAIRE UN DENTISTE.

Une discussion singulière — et peut-être inutile et prématurée — au moins entre confrères, vient de s'élever entre deux honorables médecins belges, MM. les Drs Rubbrecht et Voituron, tous deux, semble-t-il, également convaincus qu'il faut être médecin pour faire un dentiste. L'objet du débat pour eux n'est plus que de savoir combien de temps est nécessaire pour faire un dentiste d'un médecin. Si je me permets de dire qu'une semblable discussion me paraît oiseuse, sinon sans intérêt, c'est que les champions, l'un, M. le Dr Rubbrecht, du temps long (deux ans), l'autre, M. le Dr Voituron, du temps court (six mois), peuvent avoir raison et tort, suivant le point de vue où l'on se place et les conditions particulières du médecin qui s'initie à l'art dentaire.

Il semble évident qu'un médecin instruit, intelligent, jeune encore, de bonne aptitude, peut, suivant l'opinion de M. le Dr Voituron, apprendre en 6 mois, sous une direction compétente, attentive et quotidienne, les éléments essentiels de l'art dentaire et en commencer l'application.

Au bout de six mois, il sait ce qu'il faut faire.

Mais de là à le bien faire, il y a une petite différence, et en réalité, il n'y a que le temps qui fasse de quiconque, dans une spécialité quelconque, un bon praticien ; et dans ce cas, j'irai plus loin que le Dr Rubbrecht lui-même : il y faut beaucoup plus que deux ans. Mais ce n'est plus la question.

Il reste à l'actif de l'opinion de M. le Dr Voituron qu'un médecin de bonne culture et adroit, sous une impulsion savante et individuelle, peut apprendre son métier en six mois ; et je dirai surtout qu'il peut connaître, s'il a été à bonne école, les applications de la prothèse, beaucoup plus faciles et moins variées que les cas, toujours nouveaux, de la pathologie dentaire.

D'autre part, s'il s'agit d'un enseignement méthodique et général donné aux médecins groupés dans les Universités, les Écoles spéciales ou les Hôpitaux, il semble bien que l'opinion de M. le Dr Rubbrecht doive ici triompher. Dans une organisation générale, chaque élève, ou si l'on veut chaque médecin, ne recevra toujours qu'une part trop restreinte d'enseignement individuel, pour apprendre tout en six mois et je crois volontiers que les deux années de M. le Dr Rubbrecht seront indispensables. Je me hâte d'ajouter qu'il n'est pas nécessaire que ces

deux années d'études spéciales viennent après le doctorat en médecine, — elles peuvent s'entremêler ou se confondre avec les études médicales proprement dites, et ainsi le temps des études totales ne serait pas trop allongé — ce qui est très important et même capital.

Si j'avais à résumer le débat, je dirais donc que l'opinion de M. le Dr Voituron est vraie dans les cas particuliers, mais que celle de M. le Dr Rubbrecht est plus juste, appliquée à un enseignement général et organisé.

Mon opinion propre et depuis longtemps exprimée est que, pour le dentiste comme pour les autres spécialistes, il n'y a qu'une chose à demander : la compétence médicale, c'est-à-dire le titre médical commun qui suffit et répond tout au moins à tout ce qu'il est nécessaire de garantir au public pour la préservation de sa santé ; — le reste, ce qui n'est pas essentiellement médical et rentre dans les techniques, le médecin a le devoir de le bien connaître pour le bien faire — et c'est son intérêt évident. Mais on avouera que l'Etat n'a pas à estampiller les appareils de prothèse et les bridge-works, non plus que les aurifications.

Heureux pays, cependant, que la Belgique, où tous les dentistes seront bientôt médecins, et où la question n'est plus que de savoir combien il faut de temps à un médecin pour faire un dentiste. Nous sommes bien loin de compte, en notre bon pays de France, où règnent l'incohérence, les diplômes spéciaux et les Fédérations.

C.

(*Revue de Stomatologie*, février 1903.)

Pour un médecin intelligent six mois pour faire un dentiste, n'est-ce pas trop, Monsieur C ? Pauvres patients ! !



LIVRES ET REVUES

Nous rappelons à MM. les Auteurs et Éditeurs que tous les ouvrages dont ils nous envoient deux exemplaires sont annoncés et analysés (s'il y a lieu). Les ouvrages doivent être adressés à M. LE RÉDACTEUR EN CHEF, 45, *rue de La Tour-d'Auvergne.*

LIVRES REÇUS

Nous avons reçu les publications suivantes :

1° *Moyens pratiques pour placer un tuberculeux*, par le Dr Sersiron, brochure de 46 pages, divisée en 4 chapitres, et accompagnée d'une carte des établissements anti-tuberculeux (C. Naud, éditeur, Paris) ;

2° *Statuts de l'Association des dentistes de l'Est*, dont le siège est à Dijon ;

3° *La transmissibilité de la cocotte des animaux à l'homme*, par le Dr Roché, étude de 15 pages (Alcan, éditeur, Paris) ;

4° *Denkschrift für die Errichtung eines zahnärztlichen Instituts*, etc. (Mémoire sur la création d'un institut dentaire à l'Université de Strasbourg), accompagné du 9e rapport sur le fonctionnement de la policlinique dentaire, par le Dr Jessen ;

5° *Eröffnungsfeier der zahnärztlichen Poliklinik*, etc. (Fête d'ouverture de la policlinique dentaire pour les enfants des écoles de la Société des chirurgiens-dentistes de Darmstadt), par M. Köhler, président ;

6° *Zahnhygiene in Schule und Haus* (L'hygiène dentaire à l'école et à la maison), par le Dr Jessen. Cet ouvrage, de 46 pages, illustré de 2 planches et de 12 gravures, est divisé en 12 chapitres, traitant du rôle, du but et de l'utilité des dents, de leur structure, de leur couleur, des deux dentitions, de la carie, de l'hygiène dentaire scolaire et domestique. Il présente une grande portée pratique et mérite d'être signalé à l'attention des spécialistes.

NOUVEAUX JOURNAUX.

L'association odontologique et le Syndicat dentaire de Bordeaux viennent de publier un organe officiel sous le titre de *L'art dentaire*, journal professionnel mensuel, dont le premier numéro a paru en février courant, sous la direction de notre confrère M. Armand, directeur-administrateur.

Bonne chance à notre nouveau confrère.

DEMANDES ET OFFRES

PRIX d'une CASE, dans 3 numéros........................ **8** francs.
payable d'avance. (Pour les Abonnés de *L'Odontologie*. **5** »).

L'Administration de L'Odontologie *est à la disposition des vendeurs ou acheteurs pour transmettre aux intéressés les lettres adressées aux initiales indiquées, mais il est bien entendu que son rôle se borne à cette transmission.*

---

1 **DEMOISELLE INSTRUITE, bien élevée,** sachant parfaitement *l'anglais*, demande place de **SECRÉTAIRE** chez un **DENTISTE**. — A occupé déjà un emploi analogue. — Ecrire *par poste* aux initiales D. S., aux soins de M. Papot, 45, rue de La Tour-d'Auvergne, à Paris. (**115-6**).

---

2 *A céder dans station balnéaire du N.-O. bon petit cabinet* ayant rapporté 8.000 fr. ces deux dernières années; chiffres d'affaires en augmentation constante depuis 10 ans; atteindrait facilement 12.000 *en y restant toute l'année.* Prix 5.000 francs. - Ecrire *par poste* aux initiales L. D. E., aux soins de M. Papot, 45, rue de La Tour-d'Auvergne, à Paris. (**7-3**).

---

3 **CABINET** à Paris à **VENDRE.** *Rare occasion*, 25 ans d'existence. Le chiffre d'affaires a toujours augmenté. — La dernière année, 54 000 francs. — Beaucoup de prothèse. Prix : 30 000 francs sans meubles. On resterait à volonté avec successeur. Pour renseignements s'adresser à *M. Cornelsen*, 16, rue St-Marc, à Paris. (**16-3**).

---

4 **AVIS AUX DENTISTES, Ex-Caissier-comptable,** faisant *correspondance*, connaissant *l'article dentaire*, se chargerait de la **comptabilité**, des **encaissements**, du **contentieux** dans de bonnes conditions, ou un poste fixe. — Références de premier ordre. — Ecrire *par poste* aux initiales K. R., 7, aux soins de M. Papot, 45, rue de La Tour-d'Auvergne, à Paris. (**17-3**).

---

5 *Bon opérateur* D. E. D. P., connaissant les *aurifications* et au *courant de la clientèle*, désire trouver *situation Paris, province* ou *étranger. Bonnes références.* Ecrire *par poste* aux initiales B. I. G., aux soins de M. Papot, 45, rue de La Tour-d'Auvergne, à Paris. (**18-3**).

---

6 **Opérateur-Mécanicien, aurificateur,** faisant **couronnes** et **bridges**, cherche place à Paris, de préférence pour le matin seulement. — Ecrire *par poste* aux initiales G. S. R., aux soins de M. Papot, 45, rue de La Tour-d'Auvergne, à Paris. (**19-3**).

---

7 **Bon mécanicien,** *longues années de pratique, bonnes références*, demande place dans une **grande ville,** *port de mer.* — Ecrire *par poste* aux initiales B. P. Y., aux soins de M. Papot, 45, rue de La Tour-d'Auvergne, à Paris. (**20-3**).

---

8 **Dans le Nord,** à **CEDER** pour *cause de santé* **bonne clientèle** rapportant de 11 à 12.000 francs, susceptible d'augmentation, *sérieux avantages* — 5.000 francs en opérations, le reste en prothèse, arrangement facile, loyer 500 fr., contributions 80 fr. — **Très pressé.** — Ecrire *par poste* aux initiales X. Y. Z., aux soins de M. Papot, 45, rue de La Tour-d'Auvergne, à Paris. (**21-2**).

---

9 **DENTISTE AMÉRICAIN M. D. D. D. S.,** 44 ans, *21 ans dans la profession*, demande place d'**Opérateur associé**. — Ecrire *par poste* aux initiales C. A. 9, aux soins de M. Papot, 45, rue de La Tour-d'Auvergne, à Paris. (**22-2**).

---

10 **A CÉDER** pour *cause de santé* **EXCELLENT CABINET** dans jolie ville des *environs de Paris*, grandes commodités de communications. — Affaires prouvées 28 à 30.000 fr. augmentant tous les ans. Clientèle riche, bourgeoise et commerçante, communautés, institutions; maisons de retraites. — Belle installation dans maison luxueuse : appartement de 8 pièces, 2 salons, 2 cabinets, eau, gaz, jardin, loyer 1.200 fr. A céder de suite, 20.000 fr. comptant. S'adresser chez M. Bouet, 4, rue de Jarente (IVe), Paris. (**23-2**).

---

11 *Chirurgien-Dentiste, **DISPOSANT DE CAPITAUX**, représentant bien*, connaissant à fond tout travail de cabinet, désire acquérir à ***Bordeaux*** cabinet *important* ou ***association*** dans cabinet de ***grand rapport***. Ecrire *par poste* aux initiales A. B. 8., aux soins de M. Papot, 45, rue de La Tour-d'Auvergne, à Paris. (**24-2**).

---

12 Un **JEUNE HOMME**, ayant déjà fait *six mois* dans un *laboratoire de prothèse*, cherche à entrer chez un dentiste pour y continuer son *apprentissage.* — Désirerait avoir le *logement* et la *nourriture.* — Ecrire *par poste* à S. D. L., aux soins de M. Papot, 45, rue de La Tour-d'Auvergne, à Paris. (**25-2**).

---

13 **A Louer,** entre **MADELEINE** et **GARE SAINT-LAZARE,** au *1er étage*, grand et beau salon avec bureau meublés pouvant convenir pour **Cabinet dentaire** ou tout autre. Prix modéré. Ecrire ou s'adresser immédiatement tous les jours de midi à 2 heures, Liénard, 29, rue Tronchet, à Paris. (**26-2**).

(Voir la suite page 252.)



CORRESPONDANCE

22 janvier 1903.

Monsieur le Secrétaire de la Rédaction,

Ayant fait au Congrès de Montauban-Toulouse une démonstration sur la cataphorèse, j'avais chargé notre excellent confrère le Dr Chemin, de Toulouse, de m'adresser, un certain temps après, le résultat de l'opération qui avait été faite.

Mlle B..., âgée de 20 ans, avait un 2e degré très avancé de la première petite molaire supérieure droite. Après une première séance de cataphorèse sans digue, 7 minutes de courant à 2 milliampères, un curettage, puis une deuxième séance de 5 minutes à 2 milliampères, j'ai pu enlever toute la dentine malade; on voyait très bien la pulpe par transparence tellement elle était peu recouverte, et j'ai obturé au ciment.

Je reçois à l'instant, sept mois après, la note ci-après du Dr Chemin :

« Toulouse, le 15 février 1903.

» Mon cher confrère,

» J'ai vu Mlle B... et examiné le cas que vous avez traité au Congrès
» de Montauban-Toulouse ; la dent est en parfait état, pas de colo-
» ration, pas de sensibilité aux températures, la malade dit qu'elle
» n'a jamais ressenti la moindre douleur et qu'elle se sert admira-
» blement de sa dent. »

Je vous prie de faire insérer cette note, qui pourra intéresser les membres du Congrès qui étaient présents à la démonstration.

Veuillez agréer, etc.

RIGOLET.

DEMANDES ET OFFRES

PRIX d'une CASE, dans 3 numéros........................ **8** francs.
payable d'avance. (Pour les Abonnés de *L'Odontologie*. **5** »).

L'Administration de L'Odontologie *est à la disposition des vendeurs ou acheteurs pour transmettre aux intéressés les lettres adressées aux initiales indiquées, mais il est bien entendu que son rôle se borne à cette transmission.*

---

14 *A CÉDER* pour *cause de santé* dans l'une des plus *importantes villes de France*, *Cabinet dentaire* en *pleine postérité*. Situation unique, magnifique clientèle. Belle installation moderne. Chiffre d'affaires 20.000 francs environ. Prix 18.000 francs. — *Occasion exceptionnelle*, se hâter. — Pour renseignements écrire sans retard à M. David, 26, rue St-Jean, à Genève. **(27-2)**.

---

15 **A CÉDER** *pour cause de santé*, **Cabinet dentaire**, *installation moderne, tout à l'électricité*, quartier populeux **Montmartre**, très bien situé ; affaires 7 à 8.000 fr. Conviendrait à jeune diplômé. — On traiterait avec tous les outils à 10.000 francs ; on resterait avec le preneur 3 mois. — Ecrire *par poste* à B. C. D., aux soins de M. Papot, 45, rue de La Tour-d'Auvergne, à Paris. **(28-2)**.

---

16 **Opérateur-mécanicien** est demandé pour *province*. — Pour renseignements, écrire *par poste* aux initiales B. D. P., aux soins de M. Papot, 45, rue de La Tour-d'Auvergne, à Paris. **(29-2)**.

---

17 *Situation à prendre APRÈS DÉCÈS* (7 à 8.000 francs *susceptibles d'augmentation*) dans petite ville de grande banlieue. Peu de frais. *Appui des médecins de la région. Conditions très avantageuses.* S'adresser au Concours Médical, 23, rue de Dunkerque. **(30-2)**.

---

18 **PREMIER-MÉCANICIEN-OPÉRATEUR**, ayant **géré un Cabinet** pendant **3 ans**, *parfaitement au courant* de tous les travaux de prothèse, cherche place **Paris** ou **Province**. — Ecrire *par poste* aux initiales J. V., aux soins de M. Papot, 45, rue de La Tour-d'Auvergne, à Paris. **(31-2)**.

---

19 Par suite du **décès du titulaire**, on demande un **jeune diplômé sérieux** et capable pour **GÉRER** un Cabinet dentaire en province. — Ce cabinet qui a une clientèle nombreuse et choisie pourrait lui être cédé à des conditions avantageuses. — Ecrire *par poste* aux initiales D. L., aux soins de M. Papot, 45, rue de La Tour-d'Auvergne, à Paris. **(32-2)**.

---

20 *On demande*, pour *Ville d'agrément* du *MIDI*, de *très bons opérateurs*, très au courant des *travaux d'art, traitements, aurifications, couronnes, pont et émaux*. Ecrire *par poste* aux initiales D. M. S., aux soins de M. Papot, 45, rue de La Tour-d'Auvergne, à Paris. **(33-1)**.

---

21 **DOCTEUR** désirerait **s'associer** avec **DENTISTE** *désirant céder son cabinet*, même **peu important : Var** ou **Alpes-Maritimes, Nice**, de *préférence*. Ecrire *par poste* aux initiales D. P. J., aux soins de M. Papot, 45, rue de La Tour-d'Auvergne, à Paris. **(34-1)**.

---

22 **A céder** de **SUITE**, pour *cause de santé*, dans sous-préfecture du Centre de la France, jolie petite ville, cabinet *magnifiquement installé et agencé*, ayant fait près de 135,000 francs, ces trois dernières années. Ecrire au Directeur de la Pharmacie Süe, à Nice (Alpes-Maritimes). **(35-1)**.

---

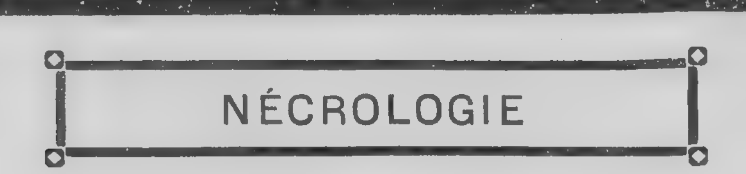
23 *Jeune dentiste, diplômé, lauréat belge, ancien élève de l'Ecole dentaire*, au courant des divers travaux de Cabinet, bon aurificateur, demande place d'*opérateur en Belgique* (avec contrat). Ecrire *par poste* aux initiales A. R., 45, avenue de la Joyeuse, entrée 45, à *Bruxelles*. **(36-1)**.

---

24 **A céder de suite**, *pour cause de maladie*, un cabinet dentaire situé dans un des meilleurs quartiers de Paris, existant depuis 25 ans. Affaires 10 à 12,000 francs, faciles à augmenter. Prix demandé 8,000 francs, moitié comptant. *On ferait échange avec un petit cabinet des environs de Paris.* Ecrire *par poste* aux initiales P. C. aux soins de M. Papot, 45, rue La Tour-d'Auvergne, Paris. **(37-1)**.

---

25 **Docteur-Dentiste**, installé à *Paris* depuis 10 ans sur *grand boulevard, quartier riche*, **CEDERAIT** son **CABINET** à **jeune confrère** qui voudrait bien lui succéder ; les affaires varient entre 30 et 35,000 francs par an, *frais généraux minimes. Bonnes conditions* et *facilités*. Voir ou écrire pour renseignements à M. Bourgault, 45, boulevard Saint-Michel, à Paris. **(38-1)**.



NÉCROLOGIE

Mme MICHAËLS.

Nous avons le profond regret d'apprendre la mort de Mme Michaëls, femme de notre distingué confrère M. Michaëls, décédée le 28 février dernier, à l'âge de 62 ans.

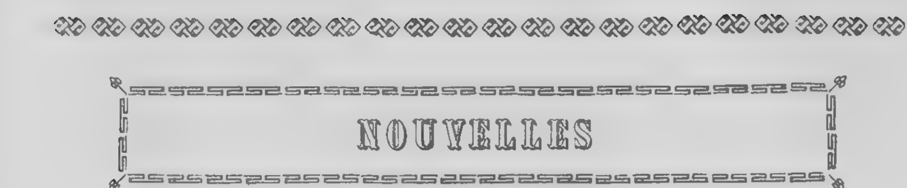
MM. Godon et Martinier représentaient l'École dentaire de Paris à ses obsèques.

Nous adressons l'expression de notre vive sympathie à M. Michaëls et à sa famille.

LA RÉDACTION.



LABORATOIRE
SPÉCIAL DE PROTHÈSE
B. PLATSCHICK
SERVICE TRÈS RAPIDE pour la PROVINCE
3
RUE
VENTADOUR
PARIS
222-82. Téléphone, 222-82.



Concours a l'Ecole dentaire de Paris.

Le concours pour le poste de professeur suppléant de prothèse vélo-palatine et bucco-faciale commencera le dimanche 29 mars à 9 h. du matin.

Un avis ultérieur fixera la date du concours pour le poste de professeur suppléant de dentisterie théorique. (V. les programmes ci-contre.)

Délégués a Madrid.

La délégation du groupement de l'Ecole dentaire de Paris au Congrès de Madrid est composée de MM. Co'gnard, Delair, Godon, Heïdé, Martinier, Papot, Ronnet, Roy, Sauvez et Viau.

MM. Godon, Heïdé, Martinier, Roy, Sauvez et Viau sont délégués à la Fédération dentaire internationale.

MM. Martinier et Roy, délégués rapporteurs, sont chargés par l'Ecole et la Société d'Odontologie de présenter à leur retour des rapports respectifs sur la partie scientifique du Congrès et sur les délibérations de la F. D. I.

Dentiste adjoint de l'asile Sainte-Anne.

M. Touchard, professeur à l'Ecole dentaire de Paris, vient d'être nommé dentiste adjoint de l'Asile clinique de Sainte-Anne.

Nous lui adressons toutes nos félicitations.

Palmes académiques.

Dans notre n° du 15 février nous avons publié la liste des palmes académiques conférées à nos confrères. Nous y avons omis les nominations de M. Fernand Rousset, secrétaire général de la Société des dentistes du Sud-Ouest, et de M. Contenau, fournisseur pour dentistes.

A l'occasion de son voyage à Perpignan, M. Alexandre Bérard, sous-secrétaire d'Etat des postes et télégraphes, a remis les palmes d'officier d'Académie à notre distingué confrère M. Raphaël Vidal, chirurgien-dentiste de l'Assistance publique de Perpignan.

Nous adressons nos cordiales félicitations aux nouveaux promus.

Une thèse a la Faculté.

Nous apprenons avec plaisir que M. Grimbert, docteur ès sciences, professeur agrégé à l'Ecole supérieure de pharmacie et professeur de chimie à l'Ecole dentaire de Paris, vient de soutenir brillamment sa thèse pour le doctorat en médecine, sur le *Diagnostic des bactéries par leurs fonctions biochimiques*.

Nous sommes heureux de lui adresser nos bien sincères félicitations.

Société des dentistes des hopitaux, asiles, hospices et établissements d'assistance publique du département de la Seine.

Nous apprenons la fondation d'une nouvelle Société des dentistes des hôpitaux, établie sur des bases très larges et très libérales, en accord avec l'évolution actuelle de notre profession.

Elle se propose de poursuivre dans l'œuvre de l'Assistance publique les réformes depuis si longtemps réclamées au point de vue dentaire et mises en lumière au dernier Congrès international de 1900, ainsi que dans les réunions des fédérations nationale et internationale, notamment dans le si remarquable rapport que M. le Dr Frank (de Vienne) a présenté à Stockholm, au nom de la Commission internationale d'hygiène publique.

Pour les renseignements et les adhésions, s'adresser à l'un des membres du comité d'initiative :

MM. Martinier, dentiste des asiles de la Seine, 10, rue Richelieu, Paris.
Le Dr Roy, dentiste des hôpitaux, 5, rue Rouget-de-l'Isle.
Le Dr Sauvez, dentiste des hôpitaux, 17, rue Saint-Pétersbourg.

Les inspections dentaires scolaires.

Le Dr Verslüysen, d'Anvers, publie dans l'*Anvers médical* un article sur les inspections dentaires scolaires projetées en Allemagne et qui doivent être entreprises par toutes les sociétés dentaires du royaume de Prusse. Il annonce incidemment que l'inspection dentaire scolaire est déjà organisée à Bruxelles et à Anvers et qu'elle le sera prochainement à Liège et à Gand.

15-III-03

ÉCOLE DENTAIRE DE PARIS
CONCOURS

Programme et règlement.

Art. 1er. — Le Conseil d'administration de l'Ecole dentaire de Paris décide l'ouverture d'un concours pour :

1 poste de *Professeur suppléant de dentisterie théorique.*

1 poste de *Professeur suppléant de clinique de prothèse vélo-palatine et bucco-faciale.*

Art. 2. — Le concours comprend : A. Une épreuve sur titres. B. Une épreuve clinique. C. Une ou plusieurs épreuves théoriques et pratiques. D. Une épreuve écrite. E. Une leçon orale.

A la première séance, qui aura lieu un dimanche, à 9 heures du matin, à l'Ecole dentaire de Paris, 45, rue de La Tour-d'Auvergne, le Jury procèdera d'abord à l'examen des titres des candidats, puis à l'épreuve clinique, il leur communiquera ensuite la liste des questions, pour la dissertation écrite, parmi lesquelles il en sera ultérieurement tiré au sort une seule pour l'ensemble des candidats à chaque poste.

Les dates des séances suivantes seront fixées par le Jury.

Épreuves.

1° Une **épreuve sur titres** comptant pour 45 points, savoir :

Titres universitaires	5 points.
Titres dentaires (postes de préparateurs et démonstrateurs et services rendus à l'Ecole ou à la profession)	20 —
Travaux scientifiques	20 —

L'appréciation des titres se fait d'après les dossiers remis par les candidats au secrétariat général huit jours avant la date d'ouverture de concours. Des explications complémentaires pourront être demandées aux candidats par le jury.

2° Une **épreuve clinique** comptant pour 20 points :

Consistant en une leçon sur un malade au choix du jury.

Le candidat aura une 1/2 heure pour examiner le malade et un 1/4 d'heure pour exposer le résultat de son examen.

3° Une **épreuve théorique et pratique** comptant pour 40 points et consistant dans les opérations suivantes :

Cours de dentisterie théorique.	Cours de clinique, de prothèse vélo-palatine et bucco-faciale.
Exécution sur le malade d'une ou de plusieurs opérations au choix du jury.	Préparation de la bouche.
Valeur comparative des différents modes opératoires.	2 opérations au choix du jury.
	Prises d'empreintes et moulages au plâtre.

4° Une **épreuve écrite** comptant pour 20 points :

Consistant en une dissertation sur un sujet tiré au sort dans une série de cinq questions portées à la connaissance des candidats cinq jours à l'avance. Trois heures seront accordées pour ce travail, qui sera fait sans l'aide de livres ni de notes.

Les compositions seront lues en présence du jury, qui pourra argumenter les candidats sur le sujet traité.

5° Une **leçon orale**, de trois quarts d'heure, comptant pour 30 points sur un sujet donné par le jury.

Les candidats auront trois jours pour la préparation de cette leçon et pourront, en la faisant devant le jury, s'aider de documents ou de notes.

Jury.

Art. 3. — Le Jury dans chacun des Concours se compose de quatre membres, savoir :

Le Directeur de l'Ecole, Président.

3 *Professeurs de dentisterie opératoire* tirés au sort.	*Le Professeur chef du service de la prothèse.*
	Le Professeur de pathologie externe (générale et spéciale).
	1 *Professeur dentiste* tiré au sort.

Un délégué du Conseil d'administration assiste aux opérations du Jury.

Classement.

Art. 4. — Le classement des candidats sera opéré d'après le nombre de points obtenus, dont le maximum est de: 155 points.

Minimum pour être admis: les 2/3 du maximum (épreuve sur titres exceptée). Ce minimum obtenu ne donne pas droit à la nomination.

Les points des titres des candidats seront fixés au début de l'examen, avant la première épreuve.

A la fin de chaque épreuve les points obtenus seront proclamés.

Nomination.

Art. 5. — La nomination est prononcée et proclamée par le Conseil d'administration de l'Ecole, d'après les rapports adressés par le jury du concours, la Commission d'enseignement entendue. Le candidat déclaré admissible n'a droit au titre faisant l'objet du concours qu'à partir du jour de sa nomination et de son entrée en fonctions.

Conditions d'admission au concours.

Art. 6. — *a*) Être âgé de 25 ans au moins;

b) Jouir en France des droits civils et politiques ou être en instance pour obtenir l'admission à domicile ou la naturalisation ;

c) N'avoir commis aucun acte entachant l'honorabilité;

d) Faire partie de la Société de l'Ecole et du Dispensaire dentaires de Paris ou avoir fait acte de candidature;

e) Avoir fait acte de candidature huit jours au moins avant l'ouverture du concours par une demande écrite contenant l'énumération des titres, qualités et travaux, et avoir signé l'engagement de service contenant les obligations inhérentes au poste faisant l'objet du concours d'après les règlements en vigueur;

f) Avoir le droit d'exercice légal en France.

Toutes les épreuves sont publiques, sauf l'épreuve sur titres. Toutefois, les élèves en cours d'études ne peuvent y assister.

ERRATUM.

Les planches qui ont été encartées dans notre dernier numéro ont été imprimées en Italie, grâce à l'obligeance de M. Eller Vainicher, pour illustrer son travail sur la greffe dentaire ; elles nous ont été adressées toutes prêtes et nous en remercions vivement l'auteur. Malheureusement elles contiennent dans les légendes de nombreuses erreurs, au sujet desquelles nous ne pouvons exprimer que des regrets à nos lecteurs, sans en assumer la responsabilité.

LA RÉDACTION.

COMPTES RENDUS DU 3e CONGRÈS DENTAIRE INTERNATIONAL

Le *Comité de publication* a donné le « BON A TIRER » du 3e volume des comptes rendus du Congrès de 1900 qui contient les assemblées de sections et est illustré de *nombreuses planches et gravures.*

Cette publication a pris une **importance au delà de toute prévision** ; aussi est-il nécessaire de faire un 4e VOLUME, qui suivra de *très près* la publication du 3e. Ce 4e volume sera consacré à la fin des assemblées de sections, aux démonstrations pratiques et aux fêtes.

Les COMITÉS NATIONAUX sont invités à faire connaître DÈS A PRÉSENT au *secrétariat général* le nombre d'exemplaires pour lequel ils souscrivent au nom des sociétés, écoles, journaux professionnels, bibliothèques et groupements dentaires de leur pays, au prix de 36 FRANCS POUR LA SÉRIE DES TROIS VOLUMES (*port en sus*).

Les souscriptions volontaires des sociétés des écoles ou des individualités sont reçues chez M. Viau, trésorier, 47, boulevard Haussmann, Paris.

Voir la suite page suivante.

RENSEIGNEMENTS UTILES

La ligne : 20 francs par an,
Lignes en sus : 10 fr. la ligne } **dans 24 numéros.**

HOTELS

Gr. Hôtel Dieppe, 22, r. d'Amsterdam, PARIS. Ch. tr. conf. dep. 3 fr.

IMPRESSIONS EN TOUS GENRES.

A. Mellottée, imprimeur de *L'Odontologie*, à CHATEAUROUX.
J. Fanguet, Georges Clotte, successeur, fournisseur de l'*École Dentaire*, 28, rue d'Enghien, à PARIS.

MATIÈRES OBTURATRICES.

Email Plastique. **Vve Jules Friese,** 3, rue de Londres, PARIS.
Amalgame Fellowship.
L'Or Universel.
Ciment Vilcox.
} Société Française de Fournitures Dentaires. TÉLÉPHONE 214-47.

OPALINE, MIROIRS DE BOUCHE.

L. Deglain, 88 et 92, quai Jemmapes, PARIS.

PRODUITS ANESTHÉSIQUES.

Anestile. **Dr Bengué,** 47, rue Blanche, PARIS.
Anesthésique local du Dr R. B. Waite.
Somnoforme.
} Société Française de Fournitures Dentaires. TÉLÉPHONE 214.47.

PRODUITS PHARMACEUTIQUES

Dentino-pulpine, *Baume* et *Pâte*, chez tous les fournisseurs.
Formyl-Géranium.
Obtunda, insensibilisation de la dentine.
Renalia, adrénaline.
Xyléna. Liquide antiseptique.
} Société Française de Fournitures Dentaires. TÉLÉPHONE 214-47.

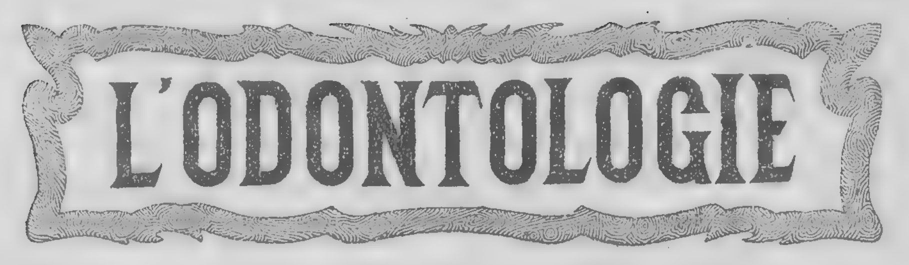
PROTHÈSE A FAÇON.

Lalement et Coutif, 5, rue de Laborde (Travaux artistiques). TÉLÉPHONE 550.73.
Charles Mille, 15, rue du Four, PARIS-6e.
B. Platschick, 3, rue Ventadour (*Laboratoire spécial*). TÉLÉPHONE 222.82.

RECOUVREMENTS D'HONORAIRES.

Syndicat Français, 131, boulevard de Sébastopol, PARIS.

23e ANNÉE. N° 6 30 MARS 1903 Vol. XXIX



***L'Odontologie* est une TRIBUNE LIBRE, où toutes les opinions peuvent se produire ; les signataires gardent l'entière responsabilité de leurs appréciations.**

A NOS LECTEURS

A la dernière réunion du Conseil général du Groupement professionnel de l'École dentaire de Paris, M. Richard-Chauvin a résigné ses fonctions de rédacteur en chef de *L'Odontologie*.

M. Richard-Chauvin, l'un des plus brillants professeurs de technique de notre école, est depuis longtemps sur la brèche et son état de santé l'oblige à abandonner quelques-unes des multiples fonctions dont il avait assumé la charge.

C'est avec les plus vifs regrets que nous avons dû accepter son départ, regrets atténués d'ailleurs par la promesse qu'il nous a faite de nous apporter encore une part de sa collaboration, dont nos lecteurs apprécient tout le prix.

Le Conseil général a désigné M. Martinier pour remplir désormais les lourdes fonctions de rédacteur en chef.

Nous n'avons pas à le présenter à nos lecteurs ; ils le connaissent déjà. Collaborateur de *L'Odontologie* depuis 1892, professeur de prothèse à l'école et directeur-adjoint de l'école, M. Martinier a montré dans ses différentes fonctions un dévouement, une compétence, un zèle auxquels tous les amis de l'école rendent hommage. Nous sommes donc assurés qu'avec lui *L'Odontologie* sera en bonnes mains et prendra encore un nouvel essor.

Nous avons également le plaisir d'annoncer l'entrée de MM. Delair et Blatter dans le comité de rédaction.

M. Delair est le praticien émérite dont les travaux sur la prothèse bucco-nasale sont universellement connus, il est actuellement président de la Section d'Odontologie de l'Association française pour l'avancement des sciences dont la prochaine réunion aura lieu à Angers.

M. Blatter, l'un des jeunes membres du corps enseignant de l'école, chargé sous la direction de M. Godon de l'enseignement préparatoire des étudiants de 1re année, remplit cette mission avec un dévouement au-dessus de tout éloge.

Nous nous félicitons de les compter parmi nous.

La Rédaction.

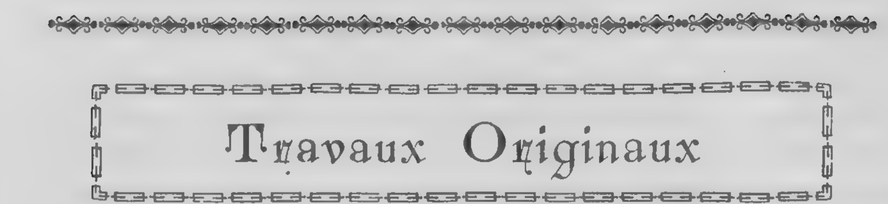
Délégués a Madrid.

Dans la même séance, le Conseil général a confirmé les nominations faites par chacune des branches du groupement, en conséquence MM. Coignard, Delair, Godon, Heïdé, Martinier, Papot, Ronnet, Roy, Sauvez et Viau font partie de la délégation du Groupement de l'Ecole dentaire de Paris au Congrès de médecine de Madrid et à la session de la Fédération Dentaire Internationale.

MM. Martinier et Roy sont délégués rapporteurs.

M. Martinier présentera le rapport sur la partie scientifique du Congrès. M. Roy est chargé du compte rendu des délibérations de la F. D. I.

M. Papot représentera *L'Odontologie*.



Travaux Originaux

NOTES SUR LA TECHNIQUE DE L'ANESTHÉSIE PAR LA COCAINE EN ART DENTAIRE

Par M. Loup,

Professeur à l'École dentaire de Paris.

(Communication à la Société d'Odontologie de Paris. Séance du 3 mars 1903.)

L'anesthésie par la cocaïne est sous la dépendance de deux principaux facteurs : 1° l'action physiologique de l'alcaloïde ; 2° l'action de l'opérateur, qui détermine le tissu à injecter et qui dirige l'injection elle-même.

Nous savons tous que la cocaïne a une action vaso-constrictive, pouvant déterminer l'anémie des centres nerveux, et une action anesthésique sur les terminaisons nerveuses sensitives, dont elle suspend les fonctions. Je n'ai rien à ajouter sur la physiologie de la cocaïne. Mon étude ne portera que sur le deuxième facteur, qui concourt à l'anesthésie cocaïnique.

Ce dernier facteur se dédouble en une action psychique et une action physique.

L'action psychique est, à mon sens, très importante, tant au point de vue du résultat anesthésique qu'au point de vue des accidents à redouter. A dose thérapeutique, la cocaïne n'offre aucun danger, surtout pour les dentistes, puisque nous n'atteindrons jamais la dose maximum. Dastre prétend qu'il n'existe aucun cas de mort dont la dose soit inférieure à 22 centigrammes, et Reclus emploie volontiers 18 centigrammes. Il est vrai que Dujardin-Baumetz a signalé un cas mortel à la suite d'une injection d'un quart de centigramme de cocaïne ; mais il s'agirait d'établir dans ce

dernier cas la part exacte de responsabilité qui incombe à la cocaïne. Le dentiste reste toujours bien au-dessous de ces fortes doses ; il est même très rare qu'il dépasse trois centigrammes. Pour ma part, j'ai injecté autrefois cinq et même huit centigrammes de cocaïne ; depuis longtemps j'injecte cet alcaloïde à la dose moyenne d'un et demi à deux centigrammes, et j'obtiens d'excellents résultats anesthésiques.

Cette question de l'anesthésie cocaïnique a toujours été pour moi d'une grande importance et je me suis attaché, après bien d'autres, à en remarquer les effets. Aussi je crois pouvoir avancer que les incidents et les accidents observés, avec des doses plus ou moins élevées, sont dus à des troubles nerveux d'ordre psychique, et non à l'alcaloïde même. Nous avons tous vu des malades s'évanouir en s'asseyant sur le fauteuil ; d'autres avoir une syncope après une simple injection d'eau bouillie ; d'autres s'évanouir à une première injection et rester impassibles à une seconde ; d'autres enfin, ayant eu des accidents syncopaux entre les mains d'un premier opérateur, n'éprouver aucun accident entre les mains d'un second opérateur qui leur inspire plus de confiance. Dans tous ces cas, c'est l'impressionnabilité du sujet qui joue le grand rôle dans la genèse des accidents. L'homme me paraît plus disposé aux accidents cocaïniques, en ce sens que les syncopes se produisent chez lui avec une rapidité plus grande et que, moins impressionnable, il subit moins l'influence de l'autorité psychique.

Je considère donc qu'il est d'un impérieux devoir avant toute injection, comme avant toute inhalation dans l'anesthésie générale, d'obtenir de son malade la confiance absolue dans l'innocuité de l'agent qu'on va lui administrer.

Il faut obtenir l'abandon entier du sujet et ne commencer l'injection que lorsque le patient est dans le relâchement musculaire absolu. C'est ainsi que j'opère à l'École et je n'ai jamais observé la moindre alerte.

Voilà un premier point établi. Voyons maintenant les divers tissus dans lesquels l'injection peut être faite. Ces

tissus sont les gencives, d'épaisseur variable suivant les points où on les examine. Les livres classiques nous enseignent qu'on doit faire les piqûres, soit vers l'apex de la racine, soit, comme le dit Sauvez dans sa thèse, en un point qui ne soit « pas trop près du collet ni trop près non plus du cul-de-sac gingivo-labial ou gingivo-génien », c'est-à-dire à peu près à égale distance entre l'apex et le collet.

Vers l'apex, nous nous trouvons en plein tissu cellulaire lâche, sauf au palais, et nous aurons une diffusion tellement rapide que l'anesthésie n'aura pas lieu. Du reste cette méthode est à peu près abandonnée.

Au point intermédiaire, sauf au palais, nous sommes sur l'os, dans un tissu mince, se soulevant facilement, faisant ampoule, et très éloigné, comme au point précédent, du véritable tissu à injecter.

Il importe donc de se rendre un compte exact de la disposition de la région alvéolaire et je ne saurais mieux faire que d'emprunter à M. Sauvez la description qu'il en a faite, d'après M. le professeur Sappey :

« La muqueuse gingivale est variable suivant les points » où on l'examine. D'une façon générale, elle est intime- » ment unie au périoste du maxillaire au niveau de la por- » tion alvéolaire des mâchoires, et appartient par consé- » quent à la classe des fibro-muqueuses ; à cet endroit, elle » est épaisse, dense, résistante.

» Au niveau de la base des alvéoles, le périoste du maxil- » laire fournit à chaque alvéole un prolongement mince, qui » adhère par une de ses faces aux parois de la cavité, par » l'autre à la dent.

» D'autre part, également au niveau de la base des » alvéoles, la muqueuse s'épaissit, embrasse le collet des » dents et recouvre ainsi une partie de la couronne en for- » mant autour d'elle un anneau, ou même un cylindre de » trois millimètres de hauteur, remarquable par son épais- » seur et par sa consistance analogue à celle d'un fibro- » cartilage et très souvent enflammé. »

Ainsi donc, si nous faisons une coupe au niveau de l'al-

véole, nous trouvons la muqueuse gingivale, le périoste du maxillaire, le maxillaire, le ligament alvéolo-dentaire, la dent.

L'os qui forme l'alvéole de la dent n'arrive pas jusqu'au collet de celle-ci, il s'en faut de trois bons millimètres ; et cet espace entre le bord de l'alvéole et le collet vrai de la dent est occupé par ce cylindre décrit plus haut, véritable *bourrelet muqueux* ou *anneau fibro-muqueux*, comme on l'a déjà désigné peut-être à tort. C'est cet anneau qu'il faut choisir. D'après la superposition des plans que nous venons de voir, si nous faisons la piqûre à l'apex ou à égale distance de l'apex et du collet, nous sommes séparés du ligament alvéolo-dentaire par du tissu osseux. Au contraire, rien ne nous sépare de ce ligament, si nous injectons dans le bourrelet muqueux, puisque ce bourrelet est à la réunion du périoste osseux et du ligament alvéolo-dentaire.

De plus, ce bourrelet offre une résistance aux inflammations assez remarquable et permet, dans les cas de périostite, de faire des injections comme il est impossible d'en faire en tout autre point. Il offre aussi cet avantage précieux d'être toujours en dehors d'un trajet ou d'une ouverture fistuleuse et permet ainsi d'injecter une solution sans risquer de fuser au dehors.

Enfin, fort souvent les abcès se forment au delà de son contour, vers le sillon gingivo-labial ou gingivo-génien, et là encore réside un avantage important.

Le troisième point sur lequel je veux attirer l'attention, c'est une particularité de l'aiguille. L'aiguille hypodermique est, en effet, taillée en bec de flûte. Nous devons profiter de cette taille pour faire notre injection dans le bourrelet muqueux, en tenant compte que l'ouverture latérale de l'aiguille doit toujours se trouver du côté où l'on veut porter le liquide anesthésique.

Si aveuglément, sans tenir compte de cette particularité, nous introduisons cette aiguille, nous risquons d'envoyer notre injection en un point qu'il est parfaitement inutile d'anesthésier, attendu que le liquide ira du côté de l'ouver-

ture et non dans le sens opposé. Si nous voulons extraire la première petite molaire supérieure et que, introduisant l'aiguille dans le bourrelet muqueux, entre celle-ci et la canine, nous en laissions la section tournée vers la canine, c'est cette dernière qui sera anesthésiée, non la petite molaire.

En faisant subir une légère rotation sur l'axe de l'aiguille, nous pouvons envoyer l'anesthésique dans toutes les directions et éviter ainsi les piqûres multiples, qui, excellentes dans la peau, sont détestables dans la bouche ; leur rapprochement favorise l'écoulement au dehors.

Enfin nous devrons veiller à ne pas enfoncer l'aiguille plus de la longueur de sa section ; cette section devra atteindre près de 2 millimètres pour avoir une surface d'écoulement large. Il ne faut pas retirer l'aiguille dès que l'on juge suffisante la quantité de liquide injecté ; quelques secondes sont utiles pour que les tissus ne soient plus en tension sous l'effort du piston et ne refoulent pas au dehors un peu du médicament. De cette façon on évitera aussi la petite hémorragie de chaque piqûre. Je conseille d'utiliser les aiguilles en platine iridié, dont la surface toujours lisse, à l'abri de la rouille, laisse une section des gencives franche, non déchirée.

En suivant ces principes, on arrive à des résultats véritablement satisfaisants. Je ne signalerai à l'appui de mes dires qu'un des quatre malades que nous avons opérés à la séance pratique du dimanche 8 janvier à l'École.

Nous avons enlevé quatre racines au maxillaire inférieur, la canine, les deux petites molaires et la racine antérieure de la dent de six ans avec la faible dose de deux centigrammes.

Il me reste encore deux questions à élucider : la dose de cocaïne à administrer et le temps qui doit séparer l'injection de l'opération.

Quelques auteurs ont voulu déterminer le moment précis de l'anesthésie en l'évaluant à un temps uniforme de cinq minutes environ, d'autres immédiatement après l'injection ;

mais c'est vraiment vouloir ignorer ou négliger la physiologie particulière de chaque individu.

Pour ma part, je ne sais combien de minutes il faut attendre. Je m'en rapporte uniquement à mon patient qui, ayant gardé toute sa raison, sera mon plus sûr guide. Tel malade m'annoncera, après l'injection, des phénomènes de gonflement, de froid, de constriction dentaire, de plissement des muqueuses, de paralysie, etc. ; tel autre n'éprouvera aucune sensation spéciale, il est comme si je ne lui avais rien fait. Le seul criterium de l'insensibilisation, c'est le malade lui-même, qui doit accuser que la région est complètement insensible à nos divers attouchements.

Lorsque vous demandez à votre malade : « Que ressentez-vous? », s'il vous répond : « Rien », cette négation est à double entente. Dans son esprit, cette réponse ne se rapporte pas toujours à l'abolition de la sensibilité, mais elle indique simplement que le malade n'éprouve rien de particulier. Il faut penser à cette alternative et faire préciser au malade les sensations qu'il éprouve. Aidez le patient à démêler les phénomènes qu'il ressent et vous arriverez à préciser le moment vrai où la région alvéolaire sera complètement insensibilisée.

Quant à la dose de cocaïne à employer, elle me paraît être, pour avoir un résultat anesthésique parfait, de deux centigrammes. A mon avis, un centigramme n'est pas suffisant dans la grande majorité des cas, et la dose de deux centigrammes, peut-être même de trois centigrammes, n'offre aucun danger. D'ailleurs, en interrogeant le malade, on est vite fixé ; en effet, quelques-uns accusent et avouent une insensibilité presque immédiate, au fur et à mesure que l'on pousse le piston ; d'autres ont une résistance plus grande. Dans ces conditions, si nous mettons deux centigrammes de chlorhydrate de cocaïne dans deux centimètres cubes d'eau bouillie, nous sommes en mesure de modifier la dose d'après les résultats obtenus : une seringue d'un centimètre cube suffira à un malade sensible à l'alcaloïde, deux seringues seront indispensables à un

autre malade pour arriver à l'insensibilisation complète.

Ainsi nous nous trouverons d'accord avec Constantin Paul, qui demande la première goutte d'essai parce que chez les personnes qui possèdent une idiosyncrasie particulière les effets toxiques sont immédiats, et avec Reclus, qui déclare que l'on peut injecter même cinq centigrammes de cocaïne pourvu que cette solution soit à un pour cent. Enfin je suis partisan des solutions extemporannées, car les solutions en ampoules doivent subir des modifications, qui en altèrent les propriétés.

Je n'ai certes pas eu l'intention de faire une étude complète de cette question si complexe de l'anesthésie par la cocaïne et je vous prie de m'excuser d'avoir abordé des faits connus de vous tous. J'ai voulu simplement lutter contre l'envahissement des anesthésiques généraux, qui tendent à se substituer aux anesthésiques locaux. L'utilité des anesthésiques généraux est incontestable et ils ont leur place marquée dans un certain nombre de cas bien déterminés. Les anesthésiques locaux sont d'usage quotidien : ils méritent donc d'être connus dans leurs plus minimes détails. En somme, j'ai voulu, dans cette enceinte scientifique, réchauffer l'affection des dentistes pour le plus puissant des anesthésiques locaux ; il nous faut soutenir la cocaïne, qui, aux yeux de certains médecins et aux yeux du public, passe parfois pour offrir plus de dangers que l'anesthésie générale.

ADRESSES UTILES



SOCIÉTÉ D'ODONTOLOGIE DE PARIS

Séance du 3 mars 1903.

Présidence de M. Choquet, président.

La séance est ouverte à 8 h. 35.

Les procès-verbaux des séances de décembre et de janvier publiés dans *L'Odontologie*, n° du 30 janvier, pages 69 et 84, sont mis aux voix et adoptés.

MM. Sauvez et Sautier s'excusent de ne pouvoir assister à la séance.

Le secrétaire général lit un télégramme du Dr Thoumire qui, retenu à la chambre par la grippe, s'excuse de demander le renvoi à la séance d'avril de sa communication sur les kystes dentigères.

M. d'Argent s'excuse personnellement de ne pouvoir faire sa communication sur les couronnes métalliques, car un certain nombre des instruments qu'il veut présenter ne sont pas encore terminés.

Ces deux communications sont reportées à la séance du 7 avril.

I. — Un cas de prothèse vélo-palatine, par M. Gillard.

Avant de faire sa communication, *M. Gillard* présente à la Société une malade qui porte depuis environ 10 ans un appareil de Sercombe modifié, et chacun constate que le résultat phonétique est absolument parfait. La malade, qui est vendeuse dans un grand magasin, articule parfaitement tous les mots, et rien dans sa voix ne peut révéler sa malformation palatine.

M. Gillard. — La malade que vous venez d'examiner m'a été adressée, il y a près de 10 ans, par un chirurgien des hôpitaux qui, trouvant la perte de substance trop large pour faire une uranostaphylorraphie, me pria de construire un palais artificiel.

L'appareil que je fis alors était entièrement en caoutchouc : la partie antérieure en caoutchouc dur, la partie postérieure, en caoutchouc simple.

L'appareil que la malade porte actuellement, et que vous avez examiné, est construit en métal et en caoutchouc ; la partie antérieure est en or, elle ressemble à la plaque palatine d'un dentier. La partie

postérieure, souple, est en caoutchouc véla ; le caoutchouc véla n'est pas directement attaché à la plaque métallique ; il est fixé à une lame de caoutchouc dur, laquelle est fixée à la plaque d'or à l'aide d'un fil ondulé, comme nous faisons d'ordinaire pour fixer du caoutchouc sur du métal. L'appareil est absolument lisse sur ses deux faces ; cette disposition est indispensable ; c'est la paroi d'une caisse de résonnance que nous construisons ; il faut, à mon avis, que cette paroi n'ait aucune saillie, aucune protubérance.

Pour faire un appareil de restauration vélo-palatine, est-il nécessaire de prendre une empreinte de toute la cavité bucco-pharyngo-nasale ? Je suis absolument de l'avis de M. Delair, et je pense que cette empreinte, juste terreur des patients et des opérateurs, est totalement inutile. On a seulement besoin de l'empreinte de la partie du palais qui correspond à la voûte palatine osseuse. Pour prendre l'empreinte de cette partie-là, on comble aussi bien qu'il est possible avec de la cire ou du godiva la perte de substance, et l'on modèle la face inférieure de ce godiva jusqu'à son affleurement avec les bords de la perte de substance. Cette opération-là faite, l'empreinte à prendre n'est autre qu'une empreinte d'une mâchoire supérieure sans perforation : on la prend au plâtre ou au godiva.

Sur cette empreinte, on coule le modèle comme pour un dentier ordinaire. Lorsque le godiva est enlevé, le modèle présente une grande cavité, celle de la perforation palatine ; on la comble avec du plâtre ou de la cire, en prenant grand soin de faire l'affleurement exact des bords et de donner au palais la courbure d'un palais ordinaire, de concavité moyenne. — Le modèle est alors constitué.

Comment procéder à la fabrication d'un appareil à l'aide de ce modèle et sans empreinte de la partie postérieure de la perforation palatine ? On fait, sur le modèle en plâtre, une cire correspondant à la partie osseuse de la voûte, c'est-à-dire à ce qui sera sur l'appareil la partie rigide, or ou caoutchouc dur. On essaie cette cire dans la bouche, avec les dents en place, s'il y a lieu, puis on fixe au bord postérieur de cette cire une lamelle de cire, préalablement découpée d'après les dimensions, largeur et profondeur, de la cavité bucco-pharyngée ; je recommande de découper cette lamelle de cire aussi large qu'il est possible. On renforce le milieu de la lamelle avec un peu de cire. On ramollit légèrement à la flamme et l'on essaie dans la bouche. Durant l'essayage, il faut avoir soin d'appuyer les bords de la lame de cire contre toutes les parties restantes du voile du palais, pour en avoir le contour aussi exact qu'il est possible. Après ce premier essayage, on coupe les parties trop larges ou trop profondes, et l'on recommence deux ou trois nouveaux essayages pour obtenir un contour absolument parfait d'adaptation.

Nous avons alors un appareil en cire ; le travail spécial est ter-

miné ; sa transformation en un appareil de caoutchouc n'a rien qui doive m'arrêter un instant ; c'est de la prothèse de tous les jours ; ce serait vous faire injure que d'insister.

Si, au lieu de faire un appareil tout en caoutchouc, on veut construire un appareil à partie antérieure métallique, il faut estamper la plaque palatine tout comme pour un dentier ordinaire ; lorsque la plaque est estampée, on soude à son bord postérieur un fil ondulé, et l'on y fixe une lame de cire pour les essais dont je vous ai parlé tout à l'heure. Le fil ondulé servira à fixer sur la plaque de métal la bordure de caoutchouc dur que je conseille toujours d'interposer entre le métal et le caoutchouc souple, ce qui rend plus simple et plus durable la fixation de ce dernier.

Quant à la partie souple de tout appareil vélo-palatin, je recommande toujours que le bord postérieur soit échancré en son milieu. Cette échancrure correspond à la saillie de la luette absente dans les fissures congénitales du voile du palais ; elle est absolument indispensable. Elle rend possible l'expiration ; sans elle, le courant d'air expiré applique le bord postérieur du caoutchouc souple à la face postérieure du pharynx et l'expiration nasale ne peut se faire. Avec une échancrure de dimensions moyennes, semblables à peu près à celles de l'appareil que porte la malade présentée, l'expiration nasale se fait comme à l'état normal, à tel point que, le jour même de la pose de son premier appareil, la malade a pu dormir avec son appareil en place.

L'échancrure que je préconise, et qui est indispensable pour la respiration, ne provoque, même dès le début, aucune gêne pour la déglutition des aliments liquides ou solides.

Je me sers pour la construction de la partie souple des palais artificiels du caoutchouc véla, et je cuis en même temps, dans un moufle et dans le plâtre, le caoutchouc dur et le caoutchouc véla ; je fais cette cuisson comme celle d'un dentier ordinaire. Après la cuisson je fais au caoutchouc véla les quelques retouches nécessaires avec le chloroforme et le fer chaud. Le caoutchouc véla passé au fer chaud devient un peu rugueux ; je ne considère pas comme mauvaise la présence de ces rugosités, que l'usage se charge d'ailleurs d'augmenter.

J'aurai terminé lorsque j'aurai ajouté que ces voiles en caoutchouc souple n'ont pas une durée très longue ; au bout de quelques années, dans les cas heureux, au bout de 10 à 12 mois dans les cas malheureux, les bords du caoutchouc souple se recroquevillent et même se déchirent. Lorsqu'ils sont déchirés, il faut refaire un voile et procéder, pour sa réfection, comme je l'ai indiqué pour la construction première. Lorsque les bords sont seulement recroquevillés, il est aisé de les rendre réguliers à l'aide du fer chaud et du chloroforme.

Voilà, messieurs, les réflexions pratiques que je tenais à vous soumettre à l'occasion de la présentation d'une malade, chez laquelle les résultats phonétiques sont remarquables. Je n'ai pas voulu montrer autre chose que la facilité très grande avec laquelle on peut construire des appareils simples et satisfaisants de prothèse vélo-palatine. Cette facilité d'exécution est telle que je ne comprends pas les hésitations d'un grand nombre de confrères lorsqu'ils se trouvent en présence d'une fissure palatine ; il s'agit d'individus dont la phonation est telle que la plupart des emplois leur sont interdits ; ils sont presque hors de la société. C'est à nous, dentistes, qu'il appartient, en leur rendant la phonation intelligible, de leur procurer le moyen d'exercer toutes les professions. Il n'est pas, je le répète, nécessaire d'être spécialisé pour faire utilement de la prothèse restauratrice du voile et de la voûte du palais. Chaque dentiste peut faire un appareil simple, analogue à celui que j'ai présenté ce soir et capable, comme lui, de rendre souvent parfaite la phonation. Mon ambition sera satisfaite si ma modeste communication décide enfin nombre de confrères à entreprendre l'obturation des fissures palatines qu'ils rencontreront dans leur carrière.

Discussion.

M. Delair. — M. Gillard peut-il nous dire combien il a obtenu de succès phonétiques avec les voiles de Sercombe, plus ou moins modifiés, analogues à celui que j'ai admiré dans la bouche de sa malade ?

M. Gillard. — J'ai fait, dans le cours de ma carrière, dix-sept voiles artificiels ; tous mes malades ne parlent pas avec la même netteté que celle que j'ai présentée ce soir ; la plupart causent très bien et ont été très améliorés par l'appareil. Sur ces dix-sept cas, j'ai eu trois insuccès, sur lesquels je puis donner quelques renseignements.

L'un de mes insuccès concerne un voile absolument semblable à celui de ce soir, comblant une perte de substance identique ; la malade, fille d'un instituteur, n'avait obtenu, au bout de 5 mois, aucune amélioration.

L'autre insuccès est celui d'un malade qui, malgré une staphylorraphie pratiquée par un chirurgien très habile, avait conservé une perforation palatine, une partie de la muqueuse s'étant gangrenée après la suture. La voûte du palais, restaurée par le chirurgien, était très basse et n'avait pas de concavité ; aussi, lorsque je voulus mettre sur ce palais, déjà bas, un appareil de restauration, le résultat fut-il mauvais, la bouche étant déjà pleine avant mon appareil.

Le troisième échec se rapporte à un des premiers appareils que j'ai faits ; c'était un appareil perfectionné et compliqué, et c'est peut-être à son échec que je dois d'être revenu, depuis très longtemps, à la forme la plus simple. Il s'agissait d'un appareil double, avec char-

nières : une lame de palatine entre deux valves, une supérieure et une inférieure. Le malade était peu intelligent et il ne fit pas beaucoup d'efforts pour améliorer sa phonation ; le résultat fut nul.

M. Delair. — Vers 1860, M. Kinsgley, notre célèbre confrère américain, s'occupa tout spécialement de voiles artificiels. Il en fit un très grand nombre et cela par toutes les méthodes connues à cette époque. Il se présenta à lui, un jour, un cas extraordinaire. C'était un homme d'une quarantaine d'années, ayant une fissure presque totale du voile et de la voûte palatine et qui, cependant, n'éprouvait pas de gêne pour la parole. Kinsgley était un observateur ; il trouva donc la cause de ce phénomène en remarquant les effets physiologiques du pharynx de son sujet. M. Gillard nous présente un cas semblable à celui de Kinsgley ; comme le sujet américain, la malade de M. Gillard prononce nettement le son articulé Kah. De pareils malades ne sont pas rares, puisque nous en avons rencontré un, à la clinique de l'Ecole, il y a quelques semaines.

Pour l'émission correcte de ce Kah guttural, il est indispensable qu'un muscle, le constricteur supérieur du pharynx, qui joue dans la phonation un grand rôle entre en fonctions. Or, chez les sujets atteints de fissure ce muscle constricteur supérieur du pharynx n'agit pas, parce qu'il ne s'est pas développé. Il en résulte que la paroi postérieure du pharynx nasal est lisse et immobile chez ces sujets devenus adultes, tandis que chez ceux dont le voile a disparu accidentellement on observe facilement que le constricteur supérieur du pharynx est très mobile et forme un bourrelet plus ou moins proéminent à chaque mouvement d'élévation du pharynx. Ce bourrelet, qui parfois fait saillie de plus d'un centimètre, a pour fonction d'arriver au contact du bord postérieur du voile du palais normal et d'opérer ainsi momentanément l'occlusion absolue de la cavité de résonnance nasale.

Tout à l'heure, quand la malade de M. Gillard, après avoir parlé correctement, a enlevé son appareil, j'ai fait observer à M. le Président et à quelques membres de notre Société que ce phénomène physiologique se produisait chez elle pendant l'émission des sons articulés et notamment pour Kai, Keu, Ko, sons que ses semblables articulent généralement Kain, Keun, Kon. En un mot, chez elle le constricteur supérieur, normalement constitué par exception, forme bourrelet pendant la déglutition et la phonation et arrive au contact des moignons du voile et des piliers postérieurs ; ceux-ci, en se rapprochant verticalement à la façon de deux rideaux, rétablissent presque l'anneau de l'isthme du gosier, tandis que la base de la langue, se plaçant en avant des débris de la luette, obture dans toute sa longueur la fissure vélo-palatine. Ainsi est donc obtenue l'occlusion du pharynx nasal sans l'appareil et à plus forte raison avec lui. Physiologiquement, c'est surtout la partie

antérieure de la langue que les sujets normalement constitués mettent en contact avec les organes accessoires de la parole pour modifier la forme et la capacité de la cavité buccale pour l'articulation des sons; chez les fissurés, c'est la base de la langue qui joue le rôle principal.

Le cas rapporté par Kinsgley et celui de M. Gillard sont identiques. Chez ces sujets le constricteur supérieur s'est développé exceptionnellement et a acquis de l'habileté à se mettre en contact avec d'autres muscles par un exercice de plus de dix années, par ce fait, connu de tous, qu'un sens, un organe, ou un membre acquièrent par l'usage une extrême habileté.

Des célébrités de notre profession ont cherché à obtenir des résultats satisfaisants avec le voile de Sercombe pour les divisions congénitales; elles n'ont pas réussi et depuis elles se sont efforcées de trouver mieux. Avec ce voile simple notre distingué confrère a obtenu un résultat remarquable, grâce aux circonstances. Depuis 1841, s'il avait été si facile d'obtenir pareil résultat avec ce même voile, il existerait à notre connaissance, une pléïade de malheureux soulagés par les dentistes, qui n'auraient pas reculé devant la tâche. S'ils ne l'ont pas fait davantage, c'est parce qu'ils ont reconnu que ce voile simple, immobile, descendant au niveau du pharynx moyen ne pouvait aller à la rencontre de la paroi du pharynx supérieur.

D'autre part, M. Gillard nous apprend aujourd'hui qu'il n'est pas nécessaire de prendre l'empreinte de la fissure du voile jusqu'au pharynx pour l'exécution d'un appareil. Il y a bientôt trois ans que j'enseigne et démontre ce procédé aux étudiants de l'Ecole dentaire. A ma première clinique cela a produit quelque étonnement lorsque devant quelques professeurs et des étudiants j'ai émis cette opinion et modelé, d'après nature, mon voile à clapet dans une simple plaque de cire. Je ne fais jamais autrement mes voiles depuis de longues années et au Congrès de Toulouse l'an dernier j'ai exécuté entièrement un voile par ce procédé sans empreinte.

Tout cela ne diminue en rien le mérite de la très intéressante communication que nous avons entendue. M. Gillard nous a présenté un appareil remarquable comme exécution et adaptation.

M. Gillard. — Je ne suivrai pas M. Delair sur le terrain physiologique où il s'est placé. Je n'ai nullement eu la prétention de faire ce soir une conférence sur l'action des muscles du voile du palais; j'ai présenté une malade et j'ai joint à ma présentation quelques observations de pure pratique dans l'unique but d'être utile à mes confrères.

M. Choquet. — Je remercie en votre nom M. Gillard de sa communication, dont le côté pratique n'échappera à personne. Comme M. Delair, M. Gillard est d'avis de se passer de l'empreinte de

la partie postérieure de la perforation palatine ; cela simplifie beaucoup le travail de l'opérateur et supprime au patient des angoisses véritablement terribles. Nous pourrons, à l'occasion, suivre les conseils de nos deux confrères, dont la compétence est connue, et il est à souhaiter qu'avec de la patience et de l'exercice nos malades arrivent à un résultat phonétique aussi parfait que celui de la malade de M. Gillard.

II. — L'articulation des dents, par M. Choquet, professeur suppléant a l'Ecole dentaire.

Cette communication a été publiée dans *L'Odontologie*, nº du 15 février, page 109.

Discussion.

M. Choquet cède la présidence à M. Loup, premier vice-président.

M. Friteau. — A la fin de sa communication, M. Choquet traite des rapports entre l'articulation des dents et l'articulation temporo-maxillaire : il nous a montré, dans des projections, des cavités glénoïdes très grandes correspondant à des articulations dentaires droites, et des cavités glénoïdes profondes correspondant à des articulations dentaires sinueuses. Je me demande si, dans ces différences de forme de cavité glénoïde, M. Choquet a assez insisté sur le rôle de la race et de l'alimentation ; il m'a semblé que les projections de M. Choquet étaient toutes des photographies de crânes de race noire, chez laquelle la mastication plus active entraîne des modifications osseuses très accentuées. Je crois qu'il ne faut pas seulement chercher les rapports existant entre l'articulation dentaire et la cavité glénoïde du temporal, mais qu'il faut chercher aussi l'étendue des surfaces articulaires véritables, c'est-à-dire de celles qui sont revêtues de cartilage, dans les différentes articulations dentaires, droites ou sinueuses, telles que les a décrites M. Choquet. Les vraies surfaces articulaires de l'articulation temporo-maxillaire ne sont pas le condyle du maxillaire et la cavité glénoïde. Le condyle maxillaire, comme l'a décrit M. le professeur Poirier, n'est pas tout entier articulaire : seuls, son versant antérieur et sa crête sont articulaires, puisque seuls ils sont revêtus de cartilage d'encroutement. Du côté du temporal, la cavité glénoïde n'est qu'une cavité de réception pour le condyle ; elle n'est pas une surface articulaire, puisqu'elle n'a pas de revêtement cartilagineux ; seule, est articulaire, parce que seule elle est revêtue de cartilage, la racine transverse de l'arcade zygomatique, le condyle du temporal. C'est, à mon avis, sur ces revêtements cartilagineux que laissent leurs traces les diverses articulations den-

taires ; lorsque l'articulation dentaire se fait bout à bout, le revêtement cartilagineux du condyle temporal doit être moins en avant que lorsque l'articulation des dents est telle que les dents inférieures passent par devant les supérieures. Je n'émets devant vous qu'une simple opinion ; il faudrait la vérifier par des dissections. Je pense que les différentes articulations dentaires dans une même race n'amènent pas dans la cavité glénoïde des modifications de forme aussi accentuées que celles décrites par M. Choquet. Je crois que les changements ne portent que sur l'étendue du revêtement cartilagineux des surfaces articulaires véritables, c'est-à-dire de la racine transverse du temporal, de la crête et du versant antérieur du condyle du maxillaire inférieur.

M. J. Davenport. — J'ai publié en 1887 dans le *Dental Cosmos* un travail sur l'articulation des dents ; les conclusions de M. Choquet concordent avec les miennes. Chez l'homme, la ligne idéale de Tomes n'existe pas ; elle n'existe et ne peut exister que chez l'enfant par suite de la situation en arrière et peu élevée du condyle. Lorsque les dents permanentes commencent à évoluer, la courbe commence, elle aussi, à se produire, mais pas en avant.

M. Choquet. — Lorsque j'ai entrepris ce travail, je n'avais d'autre but que de réfuter l'opinion émise par Tomes : « Chez l'homme toutes les dents s'élèvent au même niveau. » Cette opinion est absolument fausse et ne peut qu'égarer l'esprit des dentistes. Cette ligne droite, ligne idéale, que Tomes considère comme normale, est excessivement rare chez l'adulte ; elle peut se présenter chez l'enfant possédant seulement les dents temporaires, ainsi que vient de le dire mon confrère et ami M. J. Davenport.

Cette question de l'articulation des dents a pour nous un intérêt pratique indiscutable.

Quel est celui d'entre nous, en effet, auquel il n'est pas arrivé pour la confection et le port ultérieur d'un dentier complet de rencontrer des difficultés insurmontables entraînant la réfection totale du dentier auquel nous avions donné une articulation droite, telle que celle décrite par Tomes !

Je crois en outre que toutes les discussions engagées dans tous les pays à propos des mouvements du maxillaire inférieur auraient pu être simplifiées, si le point de départ avait été autrement envisagé. Cette question a attiré un grand nombre d'auteurs, et tout récemment encore, dans le n° de décembre du *Journal of the British Dental Association*, Campion a publié un travail fort intéressant. Je me baserai même sur le procédé de cet auteur pour vous convaincre que la variation des mouvements de l'articulation temporo-maxillaire suivant l'articulation des dents tient surtout à la forme de la cavité glénoïde et du condyle.

Le Dr Friteau a fait observer que les photographies dont j'avais soumis les projections à la Société lui avaient paru appartenir à d'autres races que la race blanche. C'est une erreur, et, parmi les 60 crânes projetés devant vos yeux, toutes les races sont représentées. J'ai même dit dans mon travail que, dans la courbure plus ou moins accentuée du condyle et de la cavité glénoïde, il fallait tenir compte de la race et du mode d'alimentation.

M. Campion présente des diagrammes obtenus sur huit sujets différents et inscrits, pour ainsi dire, par le sujet lui-même. En examinant ces diagrammes attentivement, on constate que ces huit cas sont différents les uns des autres, bien que M. Campion ait eu probablement affaire à des blancs.

Tomes et Dolamore, qui, sans le savoir, avaient employé le procédé décrit par Luce dans le *Boston Medical and surgical journal* (1889), n'ont pas donné de diagrammes ; mais de leurs observations, il découle qu'ils n'obtenaient pas toujours le même résultat.

Mais, m'objectera-t-on avec raison, on ne peut connaître à l'avance les rapports exacts entre le condyle et la cavité glénoïde. L'objection est juste : je ne propose pas de soumettre nos malades aux rayons X avant d'effectuer des appareils prothétiques ; je conseille seulement à nos mécaniciens de faire aux dentiers complets une ligne d'articulation sérieuse. Mon opinion est basée sur les observations recueillies au cours de mes études sur quelques milliers de crânes que j'ai pu examiner au Muséum d'histoire naturelle, grâce à la bienveillance de M. le professeur Hamy. Je le répète encore, il se présente des modifications très grandes dans l'articulation dentaire et dans l'articulation temporo-maxillaire suivant les races et même chez les différents sujets d'une même race.

Suivant le genre d'alimentation, les condyles maxillaires exécutent divers mouvements : abaissement, élévation et latéralité ; ou bien abaissement et élévation seuls ; ou bien glissement latéral seul. A ces mouvements divers correspondent des formes diverses des surfaces articulaires. Chez le carnivore vrai, par exemple, qui n'a que l'abaissement et l'élévation de sa mandibule, les condyles, au lieu d'être placés sur une ligne droite, sont placés sur une ligne plus ou moins oblique et interne. La cavité glénoïde est très concave d'avant ou en arrière, et le condyle y est, chez certains types, tellement emboîté qu'il est très difficile de l'en sortir sans fracture. Les dents ont aussi des modifications : chez l'homme, les dents sont bunodontes, c'est-à-dire que leurs tubercules sont arrondis : chez le carnivore, au contraire, les dents sont triconodontes et agissent à la façon des ciseaux.

En terminant je tiens à répéter que la cavité glénoïde est en corrélation avec l'articulation des dents ; ainsi que les photographies

nous l'ont montré, une articulation droite peut présenter un condyle volumineux, non emboîté dans la cavité glénoïde ; une articulation sinueuse, au contraire, peut présenter un condyle plus ou moins complètement emboîté dans une cavité glénoïde, dont la forme rappelle celle des carnivores. Y-a-t-il, entre ces dispositions, des relations de cause à effet ? Je n'en sais rien et je me garde bien de conclure.

Je tiens enfin à remercier très sincèrement tous mes confrères de leur attention bienveillante, et à dire ma gratitude à MM. Davenport et Friteau, qui ont bien voulu faire, à propos de mon modeste travail, d'intéressantes observations.

III. — Note sur l'anesthésie locale par la cocaïne en art dentaire, par M. Loup, professeur a l'Ecole dentaire.

Cette communication est publiée dans *L'Odontologie*, page 265.

Discussion.

M. Choquet reprend la présidence.

M. Touvet-Fanton. — Comme M. Loup, je tiens à lutter contre l'envahissement progressif de l'anesthésie générale en art dentaire, et c'est dans ce but que je prie M. le Secrétaire général de porter à l'ordre du jour de la séance d'avril la communication que je veux faire et qui aura pour titre : « Technique de l'anesthésie générale mixte par le coryl avec absorption d'air.

M. Choquet. — Je prends note de la promesse de M. Touvet-Fanton ; sa communication sera portée à l'ordre du jour de la séance d'avril.

M. d'Argent. — Le mode d'emploi de la cocaïne préconisé par M. Loup est extrêmement simple et pratique ; mais je ne crois pas que, en injectant la cocaïne dans le bourrelet muqueux, la diffusion de la solution anesthésique se fasse aussi sûrement et aussi exactement que M. Loup l'établit. Je ne pense pas que ce procédé soit applicable à tous les cas où l'emploi de la cocaïne est indiqué : je fais les injections de cocaïne en enfonçant progressivement l'aiguille depuis le collet de la dent jusqu'à la moitié de la hauteur de la racine. Si l'on doit extraire une dent dont le périoste est en pleine fonction, il n'est pas nécessaire de faire les injections au niveau de cette dent pour obtenir une insensibilisation complète. Il m'est souvent arrivé d'extraire sans douleur des dents à périoste sain après avoir fait les piqûres de cocaïne sur les dents voisines, depuis le collet jusqu'à la moitié de la hauteur des racines. Le périoste est une sorte de crible qui laisse passer les médicaments et je pense que l'injection au niveau du collet préconisée par M. Loup n'a pas plus de chances de

produire l'anesthésie que l'injection commencée au collet et poussée jusqu'au niveau présumé de l'apex de la racine.

D'autre part, lorsqu'on se trouve en présence d'une dent atteinte de périostite aiguë, je ne crois pas le procédé de M. Loup applicable. Dans ce cas, si l'injection est faite au niveau de la dent à extraire, elle est accompagnée de douleurs intolérables, parce que le liquide injecté augmente encore la congestion des vaisseaux enflammés. Il faut alors faire l'injection ou les injections sur les dents voisines, en se rapprochant successivement de la dent à extraire : l'insensibilisation est plus lente à se produire, mais elle n'est pas précédée des douleurs qui apparaîtraient en faisant l'injection au niveau même de la dent à extraire.

Quant à la rotation de l'aiguille, chacun de nous a instinctivement dirigé l'ouverture de l'aiguille dans la direction de la partie à insensibiliser, et M. Loup n'a point fait là une innovation.

M. Godon. — La communication intéressante de M. Loup arrive au bon moment, puisqu'elle va nous permettre d'établir à nouveau l'innocuité de l'emploi de la cocaïne en chirurgie dentaire. Nous avons, en effet, besoin d'établir à nouveau l'innocuité de la cocaïne, puisque, au cours de récentes discussions à l'Académie de médecine[1], M. le Dr Galippe a déclaré que cet alcaloïde était dangereux et qu'il devait disparaître de la chirurgie dentaire. Pour répondre à cette assertion, erronée à mon sens, nous avons le devoir de montrer à la Société d'Odontologie les résultats obtenus avec la cocaïne, tant dans notre clientèle privée que dans nos services à l'Ecole. Les résultats de l'Ecole sont excellents : nous n'avons eu, depuis plus de 10 ans, aucun accident grave, et nous sommes en droit de répondre à M. Galippe, avec une statistique aisée à établir, que la cocaïne en art dentaire n'offre pas de danger sérieux. Ces résultats ne tiennent pas seulement au produit anesthésique lui-même; ils tiennent surtout aux méthodes employées pour pratiquer les injections, méthodes qui sont aujourd'hui aussi bien réglées que toute autre intervention chirurgicale. La communication minutieuse de M. Loup, les observations de M. d'Argent sont une preuve du soin que nous apportons dans la technique des injections de cocaïne. C'est à ces minuties extrêmes que nous devons notre statistique vierge de tout accident grave, et, pour ma part, je crois que les accidents cocaïniques sont surtout imputables à la méconnaissance de ces minuties de technique que chacun de nous applique journellement.

Personnellement je fais un grand usage de la cocaïne pour les diverses opérations de chirurgie dentaire ; depuis de longues années

---

1. Voir page 289.

j'emploie pour l'extraction la solution de cocaïne pure dans l'huile de vaseline; je n'ai jamais eu d'alerte opératoire sérieuse.

M. Jeay.— J'ai sous les yeux un journal médical qui rend compte de la séance de l'Académie de médecine dont parle M. Godon. — Les dangers de la cocaïne y ont été notablement exagérés. Il est certain que beaucoup d'accidents cocaïniques auraient été évités si l'on avait eu soin de mettre, avant, pendant et après l'injection, le malade dans le décubitus horizontal, ainsi que le conseille le professeur Reclus. Il ne faudrait pas oublier de ne pas opérer sur des malades à jeun, et, dans le service du professeur Reclus, toute injection de cocaïne est précédée de l'absorption par le malade d'une tasse de café ou d'un petit verre de rhum. Ce sont là de petits détails : leur application accroît l'innocuité de la cocaïne. M. d'Argent, en critiquant la communication de M. Loup, lui a reproché de n'avoir pas fait d'innovation ; je pense que M. d'Argent mérite le même reproche en ce qui concerne les injections qu'il préconise de faire en se rapprochant de plus en plus de la région à anesthésier. M. d'Argent suit mot par mot la méthode indiquée par le grand maître de la cocaïne, M. Reclus. Ce dernier commence son injection dans la partie la plus épaisse de la muqueuse gingivale, et il n'hésite pas à pousser son injection jusqu'à la moitié de la hauteur de la racine. M. d'Argent ne fait pas autrement. M. Reclus défend de faire l'injection en tissu enflammé ; en présence d'une dent atteinte de périostite, il y a intérêt, d'après cet auteur, à commencer l'injection dans les tissus sains environnants et à circonscrire la dent malade par une série d'injections se rapprochant sans cesse de l'organe à extraire. Ce sont là les termes mêmes de M. Reclus, et M. d'Argent ne nous a pas dit autre chose.

M. Viau. — J'emploie la cocaïne depuis 1886 et je n'ai jamais eu d'accidents graves. Je crois donc, avec M. Godon, que M. Galippe exagère beaucoup les dangers de cet agent anesthésique. Il est d'ailleurs probable que la voix si autorisée de M. Reclus ne tardera pas à s'élever pour réfuter les assertions de M. Galippe. Je crois que nous pourrions adresser nos diverses statistiques à M. Reclus, afin de lui permettre de mettre en face des affirmations pessimistes de M. Galippe les milliers de résultats sans accidents que les dentistes ont accumulés depuis près de 15 années.

M. Friteau. — Je ne demande la parole que pour répondre à la dernière partie de la communication de M. Loup. Je suis, par ma situation à l'Ecole, un « anesthésiste général », mais je ne suis pas du tout l'un de ces envahisseurs que M. Loup accuse. Je fais à l'Ecole, dans mon service de clinique spéciale, de très nombreuses anesthésies générales ; mais je n'en fais que dans des cas bien déterminés. C'est ainsi que l'autre semaine nous avons rencontré six malades dans

un état d'infection dentaire véritablement exceptionnel, puisque nous avons dû extraire sur ces six malades cent six racines, ce qui donne une moyenne de dix-sept dents par malade. Ce chiffre-là, dans des milieux buccaux comme ceux dont il s'agissait, est une indication formelle de la narcose; je ne pense pas que la cocaïne eût donné, à doses successives, d'aussi bons résultats de cicatrisation. Chaque anesthésique a, en chirurgie dentaire, ses indications plus ou moins précises : la cocaïne est parfaite dans beaucoup de cas ; le protoxyde d'azote, le chlorure d'éthyle et les autres anesthésiques de courte durée donnent, dans d'autres conditions, de meilleurs résultats ; le chloroforme et l'éther ont, à leur tour, des indications formelles. Ce sont ces indications que nous devons apprendre à nos élèves à formuler pour leur pratique future.

M. Loup. — Je n'ai pas voulu faire la critique de l'anesthésie générale ; j'ai voulu simplement marquer la tendance actuelle des étudiants de l'Ecole à abandonner les anesthésiques locaux pour les anesthésiques généraux : c'est cette tendance que je trouve mauvaise.

Je ne pouvais, dans un travail aussi court, aborder tous les cas qui peuvent se présenter en chirurgie dentaire ; j'ai seulement établi quelques points spéciaux, qui m'ont paru avoir un grand intérêt pratique. J'ai voulu montrer l'influence nécessaire de l'opérateur sur son malade. Je vous ai exposé les excellents résultats que j'obtiens en faisant les injections dans le bourrelet de la muqueuse gingivale ; mais je n'ai pas dit que d'autres procédés donnassent des résultats moins satisfaisants. Il est vraisemblable que la méthode de M. d'Argent donne aussi de très bons résultats. J'ai beaucoup insisté sur la nécessité de tourner le bec de flûte du côté où l'injection devait être portée; M. d'Argent dit qu'il agit ainsi depuis longtemps ; cela est possible, mais c'est ce soir que M. d'Argent en a parlé pour la première fois. Je n'ai peut-être pas innové ; mais vous conviendrez tous que j'ai publié un petit point de technique que personne n'avait signalé jusqu'ici.

J'ai donné mon opinion sur le temps nécessaire entre l'injection et l'extraction. Cette opinion est basée sur des faits cliniques. Lorsque je procédais à l'extraction 5 minutes après l'injection, j'avais des insuccès d'insensibilisation ; depuis que je confie au malade le soin de me renseigner sur l'état de sensibilité de sa gencive, je n'observe plus d'insuccès ; j'attends parfois 10 à 15 minutes ; mais, lorsque mon malade a manifesté une insensibilité complète à mes explorations, j'opère tranquillement et je suis assuré que l'extraction sera absolument indolore.

M. Chôquet. — Le travail que vient de nous présenter M. Loup est appelé, je crois, à nous donner d'excellents résultats. Dans une

séance antérieure un dimanche à l'Ecole il nous avait démontré sa technique opératoire des injections de cocaïne et ceux d'entre nous qui étaient présents ont pu se rendre compte des résultats excellents obtenus chez les quatre malades qu'il a opérés. Ce soir, notre confrère vient de nous exposer le côté théorique de la question et je le remercie de son travail très intéressant et très utile pour tous les membres de la profession.

Il y a dans le procédé de M. Loup une certaine manière d'opérer qui n'a encore été signalée nulle part : c'est la rotation sur son axe de l'aiguille à injection, rotation permettant de faire pénétrer le liquide dans toute la circonférence du point d'injection. Ce petit tour de main appartient donc en propre à notre confrère. La technique opératoire des injections de cocaïne a fait depuis quelques années de grands progrès et nous devons savoir gré à tous ceux qui ont apporté à cette technique une innovation quelconque, si petite qu'elle soit. Les quatre malades opérés par M. Loup ont obtenu une insensibilisation parfaite ; il y avait ischémie complète. Je ne veux pas dire par là que la cocaïne n'agit pas par ses propriétés anesthésiques ; mais je crois que, dans l'insensibilisation cocaïnique, il y a deux facteurs : la cocaïne et l'ischémie résultant de la compression des tissus par le liquide injecté. Nous obtenons de très bons résultats anesthésiques dans les cas où l'injection de cocaïne n'est pas suivie d'ischémie. Mais l'anesthésie est beaucoup plus profonde lorsque la gencive, ischémiée, est toute blanche. Nous ne pouvons pas toujours arriver à cette ischémie à cause de la porosité, de la spongiosité des gencives ; c'est ce qui provoque, à mon avis, beaucoup des insuccès que nous constatons.

Quant à ce que disait M. Godon à propos des dangers de la cocaïne, je crois bon de rappeler qu'il n'y a actuellement que trois cas de mort imputables à la cocaïne. Depuis 1886, la cocaïne est couramment employée à l'Ecole et nous n'avons jamais eu d'accident à signaler. J'en excepte cependant celui qui s'y est produit, il y a quelques années, au cours d'une démonstration de M. Telschow, de Berlin, sur la technique des injections de cocaïne : il s'agissait d'un jeune ouvrier, très amaigri, qui avait reçu la dose de 11 centigrammes ; une syncope se produisit ; elle fut longue, mais, grâce à d'énergiques soins, le petit malade allait bien le soir même. — Nous n'en sommes plus à ces doses formidables ; aujourd'hui avec un centigramme, avec un demi-centigramme même, nous obtenons une insensibilisation parfaite.

Je remercie donc encore une fois M. Loup de sa communication de ce soir et de sa démonstration pratique du dimanche précédent. Je souhaite, pour la prospérité de notre Société, que notre collègue soit imité, et que tout procédé opératoire qui nous sera présenté soit

précédé ou suivi de son application ; nos séances de démonstrations dominicales y gagneront en intérêt et nos confrères pourront mieux apprécier la valeur des travaux qui leur sont soumis.

M. Choquet annonce le programme de la séance de démonstrations pratiques du dimanche 8 mars.

La séance est levée à 11 h. 40.

Le Secrétaire général,
Dr FRITEAU.

Voir la suite page 298.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(Séance du 10 février 1903).

DE L'ANALGÉSIE LOCALISÉE PAR LA COCAINE

Par M. Paul Reclus.

L'analgésie localisée par la cocaïne est loin d'avoir conquis la place qu'elle mérite et parmi nos collègues des hôpitaux de Paris, nul, sauf peut-être M. Chaput, n'accepte, pleinement notre méthode. Nous avons souvent réfléchi à cette méconnaissance d'une substance qui nous rend de si merveilleux services et nous lui avons trouvé deux raisons.

La première est le déplorable usage qu'en font trop souvent les dentistes. Nous ne voudrions pas dire qu'aucun d'eux ne sait manier la cocaïne, — certainement il est de brillantes exceptions — mais la plupart violent délibérément, une, deux ou même trois des lois fondamentales de notre technique. En effet, beaucoup ont recours à des solutions à deux, trois, quatre et cinq pour cent, ce qui est à la fois inutile et dangereux; la plupart opèrent leurs clients assis et les exposent à la syncope si souvent notée dans les observations; enfin, presque tous permettent à leur opéré de se lever et même de marcher avant d'avoir mangé ou bu; de là ces vertiges, ces éblouissements, ces cardialgies, ces ébriétés pénibles, ces troubles bizarres qui peuvent durer plusieurs heures. Et voilà pourquoi j'ose affirmer que les dentistes ont compromis la réputation de la cocaïne.

La deuxième raison est la réelle difficulté de la technique. Certes, il est délicat d'administrer le chloroforme et l'éther et leur emploi réclame une longue habitude. Mais une fois qu'on sait les manier, l'anesthésie générale est toujours la même; elle n'est pas pour une laparotomie autre que ce qu'elle est pour une intervention sur la tête, la main ou le pied. Certes, la rachi-cocaïnisation exige une réelle habileté et il faut savoir faire pénétrer l'aiguille jusque dans le canal rachidien; mais une fois qu'on possède la technique, elle est la même pour toutes les opérations. Tandis que lorsqu'il s'agit de cocaïne, la technique est bien soumise à des règles générales ; mais ces règles, il faut les adapter à chacune des opérations et l'analgésie n'est pas identique pour une cure d'hydrocèle, pour une kélotomie, une dilatation anale ou une gastrostomie.

Le peu d'élèves que j'ai formés m'a révélé ces difficultés de technique, auxquelles je ne croyais pas tout d'abord. Aussi avons-nous pensé qu'au lieu de revenir sans cesse sur les règles générales, le mieux était de décrire quelques opérations simples où l'analgésie cocaïnique est vraiment supérieure à tout autre mode d'anesthésie. Les praticiens verront alors les services qu'elle peut rendre et leur conviction une fois bien assise, rien ne leur sera plus facile que d'apprendre ou même d'improviser les manœuvres pour l'analgésie nécessaire à d'autres opérations.

Et je voudrais aujourd'hui décrire la technique de l'analgésie par la cocaïne pour l'incision du panaris.

On sait combien d'habitude l'incision du panaris est mal faite : on ne peut se résoudre à endormir le malade au chloroforme ou à l'éther pour une aussi petite opération et l'on se contente le plus souvent de la compression à la base du doigt, de la réfrigération par la glace, le bromure d'éthyle ou le chlorure de méthyle dont l'application elle-même n'est pas sans provoquer des souffrances ; puis l'incision reste douloureuse ; aussi la fait-on incomplète ; les tissus profonds enflammés viennent s'étrangler à travers la brèche cutanée insuffisante et l'opération a été inutile ; l'inflammation persiste, gagne l'os, les gaines des doigts et de la main, et des accidents irréparables sont souvent observés.

Comme tout est plus simple avec la cocaïne ! Mais il faut savoir l'employer, ne pas faire pénétrer l'aiguille en tissu enflammé, ce qui est douloureux, et recourir à ce que l'on a nommé l'anesthésie « régionale ». La manœuvre est des moins compliquées : à la base du doigt, dans les tissus normaux, on fait pénétrer l'aiguille d'un coup sec, non pas dans la peau, mais sous la peau, et l'on pousse immédiatement le piston pour que la cocaïne répandue dans le tissu cellulaire arrête tout à coup la petite douleur qu'aurait pu provoquer la piqûre. On pousse lentement, en faisant cheminer l'aiguille sous la peau, et l'on parcourt ainsi le quart environ de la circonférence du doigt. Le liquide injecté soulève la peau qui blanchit ; si ce soulèvement et cette anémie ne se manifestent pas, on laisse l'aiguille en place, mais on recharge la seringue dont on pousse le contenu à nouveau dans le tissu cellulaire et cette fois la peau blanchit ; on enfonce alors l'aiguille à l'extrémité de ce premier quart et la piqûre ne se sent pas, parce que la peau est déjà analgésiée. On pousse ainsi une seringue ou deux de la solution à un — ou à un demi pour cent — pour anesthésier un deuxième quart ; puis on passe au troisième et au quatrième et c'est ainsi qu'on a créé, à la base du doigt, une sorte de bague analgésique qui interrompt la sensibilité.

On peut alors agir à sa guise ; le doigt, absolument insensible, appartient au chirurgien. Il savonne le doigt, le passe à l'éther et à l'alcool ; il incise la tuméfaction tout entière ; puis, cette large brèche pratiquée, il saisit avec une pince de Kocher les deux lèvres de l'incision, découvre le foyer, voit ses prolongements, les foyers secondaires ; il les curette, le doigt ainsi ouvert est plongé dans un bain d'eau d'oxygénée chaude ; au bout de quelques minutes on l'en ressort et l'on applique sur lui un pansement avec une pommade analgésique. Le patient n'a rien senti ; on a fait tout ce qu'il fallait faire et la guérison totale survient au bout de peu de jours.

Voilà comment, avec l'analgésie cocaïnique, on opère sans danger et sans provoquer de douleurs les panaris les plus profonds et les plus graves. Nous ne croyons pas qu'aucune méthode puisse être comparée à celle-là. Bien entendu les règles générales de l'anesthésie par la cocaïne auront été respectées : la solution atteindra à un ou à un demi pour cent, ce qui fait que la dose totale sera tout au plus de 6 à 7 centigrammes, dose tout à fait innocente. Le patient sera couché et on ne

lui permettra de se lever qu'après avoir mangé ou bu ; avec ces quelques précautions tout ennui sera conjuré.

DISCUSSION.

M. Galippe. Je ne partage pas la confiance de M. Reclus dans l'innocuité absolue de la cocaïne lorsqu'il s'agit de son application aux opérations pratiquées dans la cavité buccale ; j'estime également qu'il a été trop sévère pour les opérateurs qui ont eu des accidents. Ceux-ci n'ont pas toujours été provoqués par l'exagération de la dose, il y a un entraînement à cette chose et des accidents ont été observés avec des quantités minimes. Il faut donc tenir compte d'autres éléments que ceux dont M. Reclus a parlé.

Quoi qu'il en soit, je me refuse depuis longtemps à employer la cocaïne, et la condition rigoureusement imposée par M. Reclus de tenir le patient dans une position horizontale n'est pas faite pour faciliter l'intervention opératoire, mais doit au contraire la compliquer singulièrement.

Je persiste donc à considérer qu'il est dangereux de recommander l'anesthésie locale par la cocaïne comme n'offrant aucun danger à faible dose, et je continuerai à n'y point recourir et à en déconseiller l'emploi dans le cas particulier dont j'ai parlé.

M. Laborde. Je ne puis qu'appuyer les très judicieuses remarques de M. Galippe : il y a longtemps que j'ai signalé les dangers de l'emploi de la cocaïne en injection hypodermique, principalement dans les conditions de son absorption intra-vasculaire rapide, et dans le voisinage des centres nerveux sépérieurs, encéphalo-bulbaires : notamment l'injection intra-gingivale, pour les extractions dentaires ou autres opérations buccales, à la suite desquelles on a vu se produire les plus graves accidents. Je rappellerai, à ce propos, le cas, que j'ai déjà relaté, d'un professeur de haute notoriété scientifique, du Collège de France, qui, à la suite d'une injection de cocaïne (5 milligrammes de chlorhydrate) dans la gencive pour l'extraction d'une dent, tomba dans un état syncopal et de mort apparente, auquel il fut arraché à grand'peine, et eut, durant une quinzaine de jours, des rechutes qui donnèrent de vives inquiétudes à son entourage, et à moi-même qui fus invité, à raison de mes recherches expérimentales sur la cocaïne, à intervenir pour les soins à lui donner.

J'ai, ici même, dans les récentes discussions soulevées par la dangereuse pratique de la rachi-cocaïnisation, montré la réalité et le mécanisme des accidents auxquels elle expose par le transport dans les centres bulbo-encéphaliques de la substance introduite dans le canal rachidien.

Je me hâte de dire que ces réserves motivées n'enlèvent rien de sa signification et de son importance à la méthode systématisée et localisatrice de notre collègue M. Paul Reclus.

Pour ce qui est de l'intervention de l'*alcool*, comme correctif de l'action de la cocaïne, dont M. Reclus vient de parler avec une pointe d'esprit d'à propos qui ne pouvait manquer, en ce moment, d'avoir un succès de sourires..., cette intervention est des plus opportunes, puisqu'il s'agit, en ce cas, de l'alcool *médicament*, lequel est, en cette qua-

lité, d'autant à sa place qu'il la doit et l'emprunte à sa qualité fondamentale de « *poison* ».

M. Lucas-Championnière. Je suis absolument d'accord avec M. Reclus sur la nécessité d'intervenir très complètement et jusqu'aux limites du panaris. Je pense qu'en agissant ainsi on éviterait habituellement tant de conséquences fâcheuses des inflammations insuffisamment combattues.

Mais je repousse absolument l'emploi de la cocaïne. Si celle-ci peut donner des résultats relatifs dans les cas où il ne s'agit pas d'une lésion inflammatoire, son action est absolument nulle dans les régions qui sont le siège d'une inflammation violente comme le panaris. Tout ce que j'ai vu me confirme absolument dans cette opinion.

J'estime qu'il faut de toute nécessité faire une anesthésie sérieuse, c'est-à-dire la chloroformisation. On n'a sérieusement opéré pour un panaris grave que lorsqu'on a donné du chloroforme. Je n'ai jamais agi autrement qu'à mon corps défendant, et je l'ai toujours regretté.

M. Duplay. Je considère la cocaïne comme un anesthésique dangereux, qui a déjà à son actif un très grand nombre d'accidents. Sans doute, entre des mains aussi habiles que celles de M. Reclus, il peut donner de bons résultats, mais il n'en saurait être de même avec un chirurgien quelconque. Cet anesthésique a produit des accidents avec des doses variées, et il me paraîtrait dès lors imprudent d'en recommander l'emploi sans signaler, en même temps, les méfaits qui lui sont imputables.

M. Javal. On utilise journellement la cocaïne, à la dose de 2 o/o, pour l'anesthésie de la conjonctive, sans que jamais, à ma connaissance, l'emploi de cet alcaloïde ait eu des inconvénients.

M. Berger. Comme M. Lucas-Championnière, je suis d'avis que le chloroforme est infiniment supérieur à la cocaïne pour obtenir l'analgésie dans tous les cas d'ouverture de panaris ou d'abcès, d'autant que je crains l'action des injections locales sur la marche de ces affections.

Sans doute il ne faut pas exagérer les dangers de la cocaïne. Je l'emploie volontiers en suivant les principes posés par M. Reclus et je n'ai jamais eu d'accident. En mon absence, il y a quelques années, un cas de mort est survenu dans mon service, chez un malade atteint d'hydrocèle, auquel on injecta par erreur une dose trop forte de cocaïne dans la tunique vaginale. Cet accident ne s'est jamais renouvelé depuis que je fais usage de la solution à 1 o/o et que je me conforme à la technique recommandée par M. Reclus.

M. Paul Reclus. Je répondrai d'abord à mon maître M. Duplay qui a touché au point le plus important de la question ; les dangers de la cocaïne. Il y croit, je les nie ; et c'est parce que je sais par une expérience de plus de seize ans, basée sur plus de 7.000 opérations, l'innocuité de l'alcaloïde administré selon les règles connues, que je préfère la cocaïne, dans les cas où elle est applicable, au chloroforme et à l'éther. Quand le genre d'opération me permet de choisir entre l'anesthésique général et l'anesthésique local, je n'hésite pas, c'est le dernier que j'emploie.

Les accidents graves, les accidents mortels causés par de petites

doses de cocaïne, n'existent pas. J'ai fouillé toutes les statistiques, j'ai relevé toutes les observations, et j'ai d'abord remarqué que nombre de cas publiés, de seconde ou de troisième main, comme mortels ne l'avaient été nullement. On avait lu : « Empoisonnement par la cocaïne », et ces mots on les avait traduits par ceux de : « Mort par la cocaïne » lorsque, en définitive, il ne s'agissait que d'accidents légers. Quant aux morts véritables, elles sont dues à l'emploi désordonné, fou, de doses invraisemblables de cocaïne, et les empoisonnés n'avaient pas absorbé moins de 60, 80, 100, 150, 200, 300 centigrammes de cocaïne, doses d'autant plus criminelles que 10 à 15 centigrammes suffisent à mener à bien les opérations les plus délicates, les plus longues et les plus complexes. Le jour où nous avons établi que la dose totale de cocaïne injectée ne devait pas atteindre 20 centigrammes et que le titre de la solution ne devait pas dépasser 1 10/0, nous avons coupé court à tous les accidents possibles. Et de fait, jamais dans ces conditions un cas de mort n'a été observé ; je ne parle pas ici de nos 7.000 observations, je parle, sauf erreur, de toutes les observations publiées et dont j'ai eu connaissance.

Et quand nous disons que nous avons pratiqué plus de 7.000 opérations sans un cas de mort, ce que nous ne pourrions pas dire pour le chloroforme et l'éther, nous ne disons pas encore assez. Il meurt, dit-on, 1 opéré sur 3.000 soumis au chloroforme. Vous voyez que c'est plus qu'avec la cocaïne qui ne m'a pas donné une seule mort sur plus de 7.000 interventions. Mais, en outre, combien de fois, le chloroforme donne-t-il de ces alertes terribles qui vieillissent le chirurgien, qui lui mettent sous les yeux l'image même de la mort pendant une, deux, cinq, dix minutes et plus ! Et pendant ces terribles alertes, toutes les fautes contre l'asepsie peuvent être commises et toutes les inoculations avoir lieu. Eh bien, ces alertes, nous ne les avons pas avec la cocaïne, et nous pouvons dire que nous pratiquons toutes nos opérations, non seulement sans les alertes, les vomissements que le chloroforme provoque, mais même sans troubler l'équilibre physiologique de nos malades. Voilà ma réponse à M. Duplay : non, la cocaïne n'est pas dangereuse ; en suivant des règles précises et connues, nous pouvons éviter tout danger, tandis que nous cherchons encore les règles qui donnent la sécurité dans l'emploi des anesthésiques généraux : les morts par le chloroforme restent le plus souvent inexplicables et, par conséquent, ne nous apprennent pas à conjurer le danger lors de nouvelles interventions.

MM. Galippe et Laborde nous ont parlé de la fameuse « zone dangereuse » inabordable, d'après eux, à la cocaïne : les opérations sur la face et le cou seraient plus graves et les accidents fréquents. M. Galippe, dans cette région, redoute l'emploi de la cocaïne et crois devoir la proscrire. Je les connais, ces accidents, pour les avoir essuyés, il y a 16 ans, à mes premiers débuts, mais depuis j'ai appris à les conjurer ; moi aussi j'avais vu se dessiner la syncope lorsque j'opérais sur la face, la tête et la bouche, parce que j'opérais mes malades assis, mais, dès que j'ai pris la précaution de les coucher, précaution systématique élevée à la hauteur d'une loi, j'ai vu qu'il n'y avait plus de zone dange-

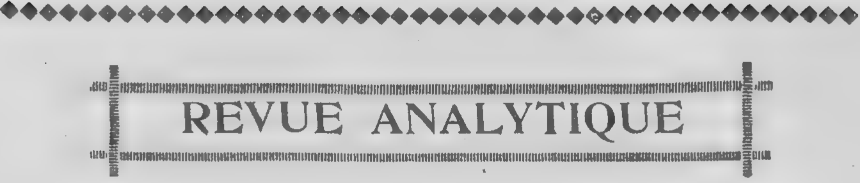
reuse ; l'application de la cocaïne était aussi facile, aussi innocente, aussi efficace que sur les autres régions, et là, pas plus qu'ailleurs, mes injections ne venaient troubler l'équilibre physiologique de mon opéré.

Et c'est parce que les dentistes violent quotidiennement cette loi qu'ils ont les accidents dont M. Galippe nous parle. Il est difficile, dit-il, d'arracher une dent chez un client couché ! Je suis certainement moins habile que M. Galippe, je n'ai pas sa dextérité née d'une pratique incessante, et cependant j'affirme que j'ai arraché et j'arrache encore beaucoup de dents, soit à l'hôpital, soit pour quelques amis qui veulent justement bénéficier de la cocaïne, et que je les arrache chez des malades couchés. Récemment j'ai enlevé, dans ces conditions, une dent de sagesse difficile, et l'opération n'a présenté ni accident, ni incident. Que les dentistes veuillent donc bien suivre ces trois règles faciles : employer des solutions faibles, — et 1 0/0, 1/2 même sont des titres tout à fait suffisants, — coucher leurs malades, les opérer dans cette position, ne les laisser se lever qu'après une demi-heure et lestés d'une tasse de café ou d'un petit verre de liqueur, et la légende de la « zone dangereuse » aura définitivement vécu.

M. Lucas-Championnière nous dit que les opérés de panaris souffrent avec la cocaïne. M. Lucas-Championnière se trompe. Les opérés ne souffrent pas; le doigt est absolument insensible ; l'esprit reste tranquille et lucide. Et justement j'opérais l'autre jour un de nos collègues de l'Académie, et je lui demandais son avis au fur et à mesure que se présentait la nécessité d'une incision nouvelle. Il regardait la plaie et me donnait paisiblement son opinion motivée. Je m'engage à opérer devant M. Lucas-Championnière, quand il voudra, un malade atteint de panaris, à inciser le foyer principal, à fendre les foyers secondaires, à les curetter dans tous les sens, sous une analgésie qui vaudra le chloroforme comme absence de douleur, et qui n'aura pas les dangers et les inconvénients du chloroforme, ses vomissements, et ses troubles gastriques.

Je remercie mon ami M. Berger de l'appui qu'il vient de donner à la cocaïne. Mais dans le panaris, nous dit-il, il craindrait de s'en servir, de crainte de l'extension de l'inflammation par le seringue de Pravaz dans la profondeur des tissus. Eh bien, je puis lui répondre, au nom d'une expérience déjà longue, que ces inoculations je ne les ai jamais observées, et le nombre de mes observations est grand.

En résumé, messieurs, je crois avoir réfuté les objections qu'on a élevées contre la cocaïne, anesthésique merveilleux grâce auquel je fais des cures radicales de hernies par le procédé assez complexe de Bassini, les cures radicales d'hydrocèle, de varicocèle, la castration, la circoncision, la dilatation anale, les ablations sanglantes d'hémorroïdes, les anus artificiels, les gastronomies, les appendicectomies à froid et à chaud, les ablations de tumeurs sous-cutanées, en un mot les deux tiers des opérations quotidiennes de mon service. Certes, je nie pas les accidents notés par mes contradicteurs, mais tous sont dus à la violation d'une loi connue, édictée, et par conséquent facilement évitable. Qu'ils veuillent bien s'en donner la peine et mes contradicteurs obtiendront demain des analgésies aussi remarquables.



PATHOLOGIE SPÉCIALE

Julien et Camille Tellier, ***Contribution clinique à l'étude des septicémies d'origine bucco-dentaires.*** *(Revue de stomatologie.)*

Les Drs Julien et Camille Tellier relatent huit observations de septicémies d'origine bucco-dentaire devant aider à la mise au point de la question. Après avoir rappelé les synonymes : cachexie buccale de Chanarquoy ou cachexie dentaire de Lejars, pour les formes relativement bénignes ; intoxication putride aiguë de Richet, pour les cas graves, ils adoptent la classification que M. Sebileau a donnée de ces infections au Congrès international de médecine 1900 (*L'Odontologie*, 1901) :

1° La septicémie lymphatique ou lympho-phlegmoneuse du cou ;
2° La septicémie phlébitique ou phlébo-phlegmoneuse de la face ;
3° La septicémie générale sans détermination topographique.

Les huit observations qui viennent à l'appui de cette étude ont surtout pour but de démontrer combien il faut être circonspect dans le pronostic de ces cas (polyarthrite alvéolaire suppurée d'origine ancienne) où les symptômes d'intoxication n'atteignent pas un degré d'acuité suffisant pour attirer spécialement l'attention sur l'état général.

Contrairement aux conclusions du rapport de M. Sebileau, tous ces cas ne sont pas fatalement mortels, grâce surtout, il faut le dire, au diagnostic précis, à l'intervention précoce et à la robuste constitution des malades.

Une observation se termine par une syncope mortelle quelques heures avant l'opération décidée de la veille, bien que la malade ait pu aller seule au bain et en revenir.

Cette terminaison brusque des accidents ne sera d'ailleurs pas aussi rare qu'on pourrait le supposer, les auteurs rapportant un souvenir de M. le professeur Poncet : « Il s'agissait d'un malade atteint d'une complication inflammatoire, d'une affection dentaire avec trismus. Pour mieux l'examiner, son état général ne paraissant pas mauvais, on lui demanda de quitter son lit et de l'approcher d'une fenêtre. Il fit quelques pas, puis on le vit chanceler, on le recoucha et il mourut quelques minutes plus tard. » Aussi les auteurs concluent-ils, « que le pronostic de chacune de ces formes est toujours grave, que la marche des symptômes permet cependant à une thérapeutique ACTIVE d'avoir quelques chances de succès, et qu'enfin les infections buccales même légères, même chroniques ne doivent pas être envisagées avec l'indifférence qu'ont pour elles la plupart des médecins et certains dentistes ».

Dr A. A.

Dr Corley, de Greensboro, ***Phénomènes inflammatoires graves dus à une troisième molaire incluse.*** *(Dental Digest.)*

Ce cas est intéressant au point de vue des diagnostics différents auquel il donna lieu.

En raison du trismus empêchant l'examen buccal, il fut fait une incision du masséter, qui fut d'ailleurs insuffisante, suivie d'une deuxième intervention en arrière de ce muscle suivie elle-même d'un écoulement de pus. Ce n'est qu'après une troisième intervention chirurgicale, osseuse cette fois, que la cause fut découverte : c'était une molaire de sagesse incluse.

Dr Beacock, de Brockville, ***Le vaccin facteur important de la carie des dents temporaires.*** *(Dental Cosmos.)*

Plusieurs observations faites par le Dr Beacock l'ont engagé à rechercher si le vaccin n'était pas la cause de la désorganisation précoce des dents temporaires.

Ses arguments se basent sur ce fait que le vaccin qui est l'introduction d'un poison dans l'organisme influe sur le développement des organes, en troublant la calcification qui se fait à l'âge où les enfants sont vaccinés. Il fait cette remarque importante à savoir que l'effet du poison morbide sur le follicule cause la mort ou la rupture des adamantoblastes ou des odontoblastes, donnant ainsi dans l'émail ou dans la dentine des défauts de calcification, d'où résulte la destruction de l'organe.

Dr Gilmer, de Chicago, ***Odontomes.*** *(Dental Cosmos.)*

L'auteur fait une revue générale complète de nos connaissances actuelles relativement aux odontomes. Il énumère tous les auteurs sérieux qui ont contribué à éclaircir ce processus pathologique.

Il joint à sa communication des planches photomicrographiques très édifiantes, qu'il décrit longuement dans sa communication, car ceci est la part contributive qu'il a apportée à l'étude de l'odontome.

Dr Ch. Bentley, de Chicago, ***Maladies particulières à la première dentition.*** *(Dental Review.)*

L'éruption des dents temporaires donne lieu, d'après l'auteur, aux quatre processus pathologiques suivants :

1° Nomatite localisée ;
2° Fièvre d'irritation ;
3° Diarrhée ;
4° Spasmes.

Il étudie les conditions dans lesquelles ces troubles accompagnent la dentition et en indique le traitement pour chacun d'eux.

ANATOMIE DENTAIRE

Dr Faneuil Weise, de New-York, ***Nomenclature internationale d'anatomie dentaire, avec les symboles et les formules.*** *(Dental Digest.)*

C'est à titre de problème toujours à résoudre que nous signalons cette nomenclature et je crois que celle-ci n'aura pas plus de chance d'être adoptée que les autres.

A cet effet il serait plus sage de nommer un tribunal arbitral, à l'instar de celui de La Haye pour la paix.

Je dois cependant reconnaître qu'on en pourrait adopter un certain nombre de symboles qui m'ont paru pratiques.

CLINIQUE CHIRURGICALE

X. *Hémostase après l'extraction.* *(Dental Summary.)*

Prendre du coton préalablement trempé dans de l'huile de térébenthine et le comprimer dans la cavité de l'alvéole après l'extraction et l'hémorragie s'arrête immédiatement.

Ch. W.

THÉRAPEUTIQUE SPÉCIALE

Dr Hoff, d'Ann Arbor, ***Du blanchiment des dents.*** *(Dental Cosmos.)*

Le Dr Hoff décrit le mécanisme de la décoloration pathologique et médicamenteuse ; quant au blanchiment de ces dents, le succès dépend surtout de l'ancienneté de la coloration.

Son procédé est basé sur deux principes généraux : 1° oxydation du tissu pigmenté ; 2° décomposition chimique et profonde au moyen de la réduction.

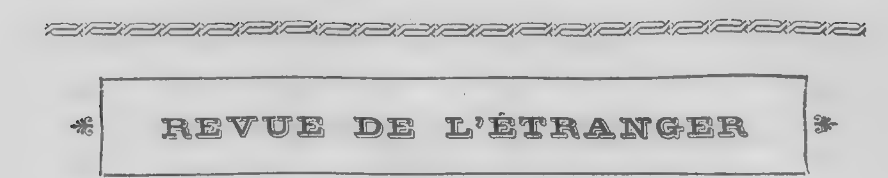
Pour le premier, c'est à l'emploi des périoxydes qu'on a recours ; pour le second le chloroforme est le type de la catégorie.

C'est donc, selon l'origine de la décoloration, qu'il faut prendre ou un oxydant ou un réducteur.

Dr Hougton-Detroit, ***Le chlorétone dans les solutions de cocaïne.*** *(Dental Digest.)*

Ce produit, ajouté à la cocaïne en solution, en augmente la puissance analgésique et préserve les solutions de la composition. L'auteur ne dit pas dans quelles proportions il doit lui être adjoint.

Ch. W.



LA PORCELAINE COMME MATIÈRE OBTURATRICE

Par M. ALFRED KÖRBITZ, de Berlin.

Depuis bien des années l'obturation des dents cariées avec une masse de la nature de la porcelaine occupe le monde dentaire. Une douzaine de systèmes ou de matières[1] se disputent la préférence et les objections des sceptiques se mêlent aux louanges des praticiens satisfaits. Le nombre des partisans de cet art nouveau augmente cependant incessamment, non seulement parce que le besoin s'en fait sentir vivement, mais encore parce qu'il existe une méthode soigneuse et perfectionnée avec des matières parfaites et des accessoires excellents.

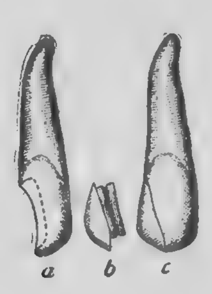
Parmi les procédés existants ceux qui fondent l'obturation, après une prise de l'empreinte dans chaque cas particulier, sont de l'emploi le plus fréquent, qui n'est limité ni aux défectuosités centrales, labiales ou buccales, ni aux petites défectuosités de forme régulière. Entre les masses de porcelaine préparée de la façon indiquée, actuellement celle de Jenkins mérite la préférence, parce qu'elle donne sous le rapport esthétique des résultats parfaitement satisfaisants. Dans l'appréciation de la porcelaine comme matière obturatrice ses qualités esthétiques doivent naturellement occuper le premier rang, car elles en font une matière obturatrice unique, véritablement esthétique. Comme telle elle est précisément indipensable.

Une dent fortement détruite agit toujours comme un torse quand elle est réparée avec d'autres matières obturatrices. Quand on la restaure artificiellement avec de la porcelaine, c'est comme si l'âme de la dent envolée y retournait brusquement. Si l'on peut jamais compter sur la reconnaissance du patient, c'est le cas ici[2]. On est, au point de vue esthétique, bienveillant avec raison vis-à-vis de l'or lorsqu'on lui tient

1. La contestation au sujet de la masse qui est vraiment de la porcelaine et au sujet de celle qui n'en est pas est superflue. Cunningham, de Cambridge, dit : « Dans les travaux en gencive continue, si l'on veut définir la porcelaine, il s'agit principalement de savoir combien il y a de verre dans la porcelaine. Actuellement je ne connais aucun corps ne contenant pas une certaine proportion de verre. »

2. « Un patient qui possède une obturation de porcelaine bien jointe ne sera content que lorsqu'on lui aura enlevé toutes ses autres obturations (Perry). »

compte de ses qualités inappréciables. Un goût d'atavisme peut considérer même comme excellentes les aurifications visibles : « Tout praticien rencontre très fréquemment des cas où aucune des matières



habituelles ne peut lui donner un résultat satisfaisant ». Miller recommande en 1887 de réparer ces défauts par des morceaux de dents artificielles moulés convenablement et cite à cet effet les cas suivants :

1° Défauts étendus à la face labiale des incisives et canines supérieures ;

2° Absence d'un ou des deux coins des incisives par suite de carie ou de traumatisme ;

3° Absence de la surface coupante des incisives ou des pointes des canines par suite de traumatisme ou d'érosion ;

4° Absence de la cuspide extérieure des petites molaires.

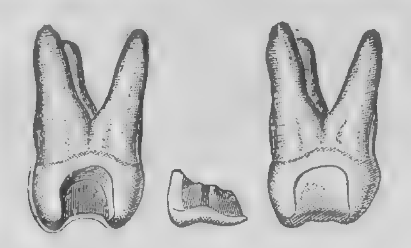
Heitmüller a consacré à la solution de ces questions et d'autres questions une monographie qui met très nettement en évidence l'absence d'une matière sûre et d'une méthode appropriée.

Le système de Jenkins constitue non seulement sous le rapport artistique, mais aussi sous le rapport technique un progrès notable. Si les premières méthodes semblent des palliatifs pénibles, l'obturation de matières fondues présente souvent une supériorité pratique même à l'égard des autres procédés d'obturation en usage. Cette supériorité résulte de la facilité d'insertion de la substance, de la commodité avec laquelle on peut en faire les contours, de la dureté et du poli de la matière et enfin des ménagements que le procédé de travail offre aux patients.

Les avantages d'une obturation de porcelaine sur une aurification, où chaque petit morceau d'or exige le maillet, sont évidents. Mais même l'exécution des obturations plastiques est surpassée par l'obturation avec de la porcelaine par la facilité avec laquelle on peut rétablir chaque contour voulu, non seulement dans les défauts centraux, mais tout aussi exactement dans les défauts proximaux. Deux éléments importants entrent encore en ligne de compte ; la solidité de

l'arête de ces contours, qui, par suite de la dureté de la porcelaine, ne sont pas soumis à l'usure et qui sont naturellement tout aussi peu susceptibles de modifications de forme; le poli de la surface, qui évite le polissage pénible et souvent douloureux dans la bouche.

Tous ces avantages profitent au patient, pour lequel la méthode est aussi précieuse que pour l'opérateur, qui dépense souvent en vain les meilleures matières, son temps le plus précieux, les efforts les plus grands, parce que le patient qui souffre rend impossible la réussite du travail. Si la porcelaine doit à cet égard faire valoir ses bienfaits, son emploi ne doit assurément pas être limité aux 6 dents de bouche. Cet emploi ne serait d'ailleurs pas à propos, car la forme de ciseau de ces dents offre des surfaces de rétention beaucoup moins propices que les bicuspides par exemple. Dans la région des molaires, d'après Head, la mastication est trop violente pour ne pas rendre possible le broyage des insertions de porcelaine. Cependant je porte dans ma bouche plusieurs grosses obturations de porcelaine jusqu'à la 3e molaire, sans qu'elles aient été endommagées par la mastica-



tion. Williams, qui considère l'emploi de la porcelaine presque comme illimité, représente une obturation de ce genre dans la figure 8. En étendant la cavité sur la surface triturante et la face proximale, l'obturation gagne beaucoup de force car celle-ci croît en plus grande proportion que l'épaisseur. Les cas semblables où nous pouvons employer l'or par esthétique nous seront indiqués, comme presque partout, par le meilleur pronostic. Mais nous devons être sûrs alors que la pointe de notre fouloir ne touchera pas une seule fois le bord de l'émail, surtout au bord cervical, et que nous pourrons finir et polir l'aurification assez soigneusement pour qu'il n'y ait point de débordement au bord cervical.

La porcelaine est toujours bien supérieure à l'amalgame, chez lequel, quand il en est en si gros blocs, la contraction est très considérable et la solidité de l'arête une illusion.

En raison de la facilité que nous avons pour prendre ces empreintes, l'obturation de porcelaine est pour l'opérateur et pour le patient dans tous les cas la plus satisfaisante et celle qui épargne le plus.

C'est avec la porcelaine qu'on obtient le plus sûrement et avec le

moins de peine la conformation exacte si désirable des arêtes triturantes et la prophylaxie de l'espace interdentaire. En outre, pour des motifs pratiques, elle est très avantageuse dans les cavités buccales des molaires supérieures et inférieures, cavités qui sont extraordinairement sensibles et s'étendent jusqu'à la gencive, où il serait sans aucun doute extrêmement incommode pour l'opérateur et pour le patient de placer une aurification parfaite et où nous recourons d'ordinaire à l'amalgame (Ottolengui).

Les bicuspides offrent des cas variés pour l'emploi de la porcelaine : « A côté des cavités buccales nous rencontrons parfois des cavités proximales dans lesquelles il ne saurait être question d'aucune autre espèce d'obturation, et cela pour des motifs purement pratiques. Je veux parler de ces patients hypernerveux : les hystériques, les jeunes filles à l'âge de la puberté ou les hommes surmenés par le travail intellectuel qui peuvent amener le dentiste du désespoir. Ils sont aussi particulièrement sensibles pour le traitement des cavités proximales dans les bicuspides et les molaires, d'autant qu'on est tenté de recourir au ciment. Pourtant là encore on peut, sans causer beaucoup de douleur aux patients, pourvoir la dent d'une obturation permanente (Elanden, Gothembourg). »

« ... Ces cas si fréquents aussi où nous arrivons à la limite de ce que nous pouvons faire avec l'or, avec l'or-étain et l'amalgame, où nous ne pourrions même avec du ciment obtenir aucun succès ou du moins un résultat précaire, tandis que la prothèse ne peut pas être employée. C'est précisément dans ces cas désespérés qu'on obtient des résultats étonnants avec la porcelaine de Jenkins, quand on possède l'habileté et la pratique voulue (Weiser, Vienne). »

En présence d'une appréciation pratique aussi favorable de l'obturation de porcelaine, la question prend encore de l'importance en raison de la durée. Pour y répondre il nous faut distinguer entre l'ébranlement mécanique et la survenance d'une carie secondaire. Si cette dernière est décisive pour la valeur conservatrice de la porcelaine, cette valeur peut être considérée comme très haute dans le sens le plus large.

Miller[1] a signalé le premier le rôle conservateur qui repose dans le poli parfait de la porcelaine et de la facilité de tenir *propre les dents obturées*. La surface dense uniforme de la porcelaine fondue ne peut s'obtenir avec aucune matière obturatrice, peut-être d'une façon passagère avec de l'or soigneusement condensé, mais le poli

1. W. D. Miller, la réparation des défauts dentaires au moyen d'obturations de porcelaine. Communication à la Société dentaire de Berlin (à l'occasion du 25e anniversaire de sa fondation, 1889).

que conservent *en moyenne* toutes les matières dans la bouche demeure bien en arrière de celui de la porcelaine, que nous obtenons sans le vilain emploi du passage des bandes. La langue qui lave et aspire, les lavages buccaux et les cure-dents ont une tâche aisée avec des surfaces de porcelaine. Mais s'il est demeuré dans un espace interdentaire flanqué de porcelaine des débris alimentaires,



on peut en tout temps procéder à un nettoyage complet. Si, contraire, cet espace est engagé entre des obturations à l'amalgame ou au ciment, celles-ci ont attiré les produits de décomposition collectés et leur enlèvement même n'assure pas la propreté. Très souvent le nettoyage complet de ces espaces est négligé par le patient à cause de cela, parce que la papille gingivale, constamment irritée par les obturations d'amalgame qui s'étendent au loin, sans parler du ciment, fait preuve d'une sensibilité extrême et d'une propension à l'hémorragie.

La gencive repose sans irritation contre une face de porcelaine unie.

Cette propriété de la porcelaine profite ainsi à l'hygiène générale de la bouche et en particulier à la dent obturée.



Il est évident que la méthode sus indiquée ne peut donner une terminaison parfaite du bord de l'obturation ; pourtant la survenance de carie secondaire est *extrêmement rare*.

La mince ligne de ciment des obturations de porcelaine bien faites n'est pas un lieu de moindre résistance dans les dents d'une structure normale, parce que les bords d'émail laissés libres sont aussi résistants que la surface unie de la dent; la dissolution du ciment jusqu'au fond de la cavité n'est pas non plus un fait qui s'accomplit d'ordinaire dans un temps limité. La résistance du ciment observée a donné lieu à toute espèce d'explications. Les uns invoquent la petite surface que le ciment présente aux liquides buccaux en disparaissant ; d'autres admettent que la fente presque imperceptible qui se produit après la dissolution superficielle de la couche de ciment se remplit de sédiments qui protègent le ciment contre toute action ultérieure de la salive (J. J. Hart.) Crawford croit que la rainure est mastiquée par le tartre, qui a une grande affinité pour le ciment (?). On ne semble pas encore avoir tenu compte que l'abrasion mécanique, qui joue ouvertement un rôle dans la dissolution du ciment, doit se produire dans l'espace étroit entre la porcelaine et la dent.

De même, la formation d'acides de fermentation, qui dissolvent le ciment, est extrêmement limitée par la facilité du nettoyage des surfaces. Plus le ciment reste longtemps, plus il durcit et devient résistant ; tous ceux qui ont eu à percer une obturation au ciment ancienne le savent.

Que ces considérations théoriques soient justes ou non, le fait que la porcelaine mérite un bon rang au point de vue de la conservation est établi. Néanmoins il arrive que des obturations de porcelaine tombent parfois au bout d'un temps relativement court, sans qu'on puisse trouver une trace quelconque de carie.

Ottolengui n'a jamais observé de carie secondaire à côté d'obturations de porcelaine. Ses observations embrassent plusieurs années et se réfèrent pour la plupart à une matière que surpasse de beaucoup la porcelaine moderne. Head dit : « J'ai obturé il y a huit ans des dents avec la porcelaine de Timme, et j'ai enlevé ces obturations cinq ans après parce qu'elles étaient devenues foncées à cause de la porosité de la matière. Mais les bords étaient bons et le ciment n'avait pas débordé.

« Avec la masse de Downie, composée plus tard, mêmes résultats. Les bords étaient bons, mais la couleur n'était pas satisfaisante. Mon frère, qui a exercé plusieurs années en Espagne, a vu de bonnes obturations de verre demeurées en place huit ans et semblant devoir tenir encore huit ans.» D'autres parlent d'obturations placées dix ans auparavant et satisfaisantes encore à tous égards aujourd'hui.

C'est ainsi que la porcelaine est irremplaçable à cause de sa conservation dans tous les cas où le ciment était d'ordinaire la seule ressource, tandis que l'obturation se fixe avec du ciment, elle ne de-

mande pas à la dent plus que l'obturation ordinaire au ciment.

Miller dit avec raison : « Une cause prédisposante très importante de la carie secondaire est l'incompatibilité de la matière obturatrice avec la dent. Voilà la cause des insuccès de tant d'aurifications exécutées avec tant de dépenses de temps et d'argent. J'ai maintes fois expliqué qu'il est inutile d'essayer de faire une grande obturation à l'or cohésif dans une dent molle, mal développée, à bords fragiles et cassants. »



Dans ces dents il importe toujours d'opérer d'une façon prophylactique *par extension dans un but de prévention*. La réparation des défauts par la porcelaine nous permet d'appliquer ce principe. La mauvaise conductibilité de la porcelaine joue elle-même un rôle essentiel à cet égard. C'est non seulement quand la profondeur de la cavité fait craindre une imitation directe de la pulpe, mais également dans les dents extrêmement sensibles au froid appartenant pour la plupart à cette catégorie, que les grosses obturations de métal sont très mal supportées et qu'il est difficile de nettoyer à cause de cette sensibilité.

La porcelaine est donc à un triple point de vue une matière obturatrice extrêmement précieuse et, suivant que nous considérons ses qualités esthétiques, conservatrices ou pratiques, ses indications sont multiples. Par comparaison avec les autres matières obturatrices les plus habituelles, elle remplace l'or ; des aurificateurs distingués se sont malheureusement prononcés contre son emploi, à tort, car elle ne peut ni ne doit jamais supplanter l'or. Par rapport à ces matières, elle limite plutôt notablement l'emploi des substances plastiques.

Pour nous elle remplace :

1° L'or, lorsque ce métal n'est pas désiré pour des motifs esthétiques, ne peut être employé contre le gré du patient, est impropre ou contre-indiqué comme bon conducteur de la chaleur ;

2° L'amalgame, quand il doit être employé à cause de l'étendue du

défaut, à cause de la position défavorable de celui-ci ou à la place de l'or pour un motif indiqué sous le n° 1 ;

3° Le ciment, quand il est choisi à la place de l'or pour des raisons esthétiques, à cause de la sensibilité de la dentine, de la fragilité de la dent ou pour un motif indiqué sous les n°s 1 ou 2.

L'obturation de porcelaine nous rend les meilleurs services quand une dent défectueuse porte un appareil à crochets, que l'amalgame est écarté par avance et que nous apprécions particulièrement une matière obturatrice qui ne soit pas exposée à l'abrasion mécanique.

Quand l'indication de la porcelaine est contestable, le peu de valeur conservatrice qu'on lui attribue en est cause en partie, et surtout l'incertitude du procédé. C'est cette dernière qui explique bien des insuccès, ainsi que j'ai eu l'occasion de m'en apercevoir dans mes démonstrations.

Les difficultés de la méthode sont en général exagérées, quoique beaucoup d'opérateurs l'adoptent sans se douter que c'est là une technique absolument particulière — ou plutôt à cause de cela. Ces difficultés ne sont pas plus grandes que dans l'aurification, mais elles sont différentes. « Il importe qu'un bon obturateur se donne la même peine pour apprendre ce procédé que pour l'aurification. En réalité cette méthode est moins difficile sous le rapport technique, bien qu'elle exige toute une série de capacités. On a beaucoup de choses à abandonner qu'on a apprises auparavant pour la préparation d'une cavité (Jenkins). »

« Les obturations de porcelaine conviennent dans tous les cas où l'on peut obtenir une bonne empreinte (Miller). » Il incombe à chaque opérateur de décider s'il est possible ou non d'obtenir une bonne empreinte. Tout dépend de son habileté, de la position de la cavité, de la séparation existante ou possible et nullement de la préparation de la cavité.



LUCIEN-ANDRÉ JEAN

Notre confrère M. Francis Jean, professeur à l'Ecole dentaire de Paris, ancien secrétaire général de l'Ecole, vient d'avoir la douleur de perdre son fils Lucien-André Jean, âgé de 8 ans, après une longue et douloureuse maladie.

Les obsèques ont eu lieu à Montesson (Seine-et-Oise). L'Ecole y était représentée par MM. Gillard, membre du Conseil de direction; Delaunay, démonstrateur; Papot, administrateur général; plusieurs personnes appartenant à l'Administration de l'Ecole et une nombreuse délégation d'élèves.

Une couronne avait été envoyée par l'Ecole.

Nous adressons à M. Francis Jean et à sa famille si douloureusement éprouvée nos très sincères regrets.

CH. WEBER

Nous apprenons la mort de M. Ch. Weber, ancien membre du Conseil d'administration de l'Ecole dentaire de Paris, secrétaire de la Commission scolaire, ancien chef de clinique à cette Ecole, chargé du cours de première année, un des collaborateurs de *L'Odontologie*, décédé à Courtiras, près de Vendôme, dans sa 28e année.

L'Association générale des dentistes de France et l'Ecole dentaire de Paris perdent en lui un de leurs membres les plus dévoués. M. Weber était un travailleur, dont la trop courte existence a été très bien remplie.

On se rappelle certainement le rapport si documenté qu'il présenta au Congrès de 1900. Il avait de grandes qualités et le corps enseignant était en droit de fonder de grandes espérances sur sa collaboration.

La maladie l'avait malheureusement obligé de quitter Paris et de se retirer en province depuis deux ans environ et tous l'avaient vu partir avec regret.

Il était le beau-frère de M. Roger, aujourd'hui défunt, autrefois professeur de droit médical à l'Ecole.

Nous adressons nos regrets à son père, à sa mère, à sa sœur (Mme veuve Roger) et à toute sa famille.

EUCHER FALOY

On annonce la mort de M. Eucher Faloy, ancien démonstrateur à l'Ecole dentaire de Paris, membre de l'Association générale des dentistes de France, décédé le 1er mars 1903, à l'âge de 47 ans.

Nous exprimons nos regrets à sa famille.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

A PROPOS D'UN ARTICLE.

Nous avons reproduit dans notre n° du 15 mars, sous le titre « Pour faire un dentiste » un article de la *Revue de Stomatologie*, signé C. Nous trouvons dans le même journal l'entrefilet suivant :

De nouveaux renseignements qui nous parviennent et de documents qui sont placés sous nos yeux, il semble résulter que nous avions attribué à M. le Dr Voituron des opinions qui ne sont pas exactement celles qu'il aurait défendues, et auxquelles je faisais allusion dans mon dernier article de la *Revue de Stomatologie* : pour faire un dentiste.

Ce n'est pas six mois *que demanderait M. le Dr Voituron pour faire d'un médecin, un dentiste complet, mais quelques jours et quelques leçons, voire même quelques heures.* Si nous avions tout de suite compris que notre confrère belge soutenait sérieusement une thèse aussi risquée, nous ne l'aurions pas un instant discutée, ni surtout mise en balance avec celle d'un spécialiste aussi expérimenté que M. le Dr Rubbrecht de Bruges. Nous n'avons rien d'ailleurs à modifier aux appréciations que nous avions émises dans l'hypothèse où nous nous étions placé.

Nous l'avions bien prévu : ce n'est même pas six mois qu'il faut à un médecin pour devenir un dentiste complet, mais quelques jours, voire même quelques heures ! ! !

Décidément, pauvres patients ! ! !



NOUVELLES

Bureau de l'association.

Le Conseil d'administration de l'Association générale des dentistes de France, réuni le mardi 24 mars, a constitué ainsi son bureau :

Président :	MM. Ed. Papot.
Vice-présidents :	Delair, Richer.
Secrétaire général :	Blatter.
— adjoint :	Cecconi.
Trésorier :	Devoucoux.

Exposition de Saint-Louis.

Nous avons le plaisir d'annoncer à nos lecteurs que par décision en date du 26 mars 1903, M. le Dr Sauvez, secrétaire général de l'École dentaire de Paris, a été nommé membre des comités d'admission de l'Exposition universelle internationale de Saint-Louis (Missouri), en 1904.

Palmes académiques.

Nous apprenons que, par arrêté du 1er mars, M. Borkowski, chirurgien-dentiste à Neuilly-sur-Seine, a été nommé officier d'académie.

Nous lui adressons toutes nos félicitations.

Le dentiste du régiment.

Nous trouvons la nouvelle suivante dans un certain nombre de journaux politiques, et nous émettons le vœu que cette mesure se généralise.

Nous sommes heureux d'ailleurs de constater que notre confrère M. Jules Bert, chef de clinique à l'École dentaire de Paris, a créé dès l'année dernière un service analogue à la caserne du Château-d'Eau, avec l'autorisation du colonel du 76e régiment de ligne.

En ce moment où les diverses questions relatives à l'hygiène du soldat sont l'objet de discussions approfondies au Parlement, il est intéressant de signaler une heureuse innovation récemment introduite au 78e régiment d'infanterie, à Limoges.

Depuis l'arrivée de la dernière classe, le colonel de ce régiment a créé un cabinet de chirurgie dentaire où les hommes reçoivent les soins d'un chirurgien-dentiste diplômé de l'école dentaire de Paris, engagé volontaire au régiment.

Les soldats sont examinés périodiquement au point de vue de l'état de leur dentition, et soumis à tour de rôle au traitement que réclame cet état.

Le nombre d'hommes traités depuis le peu de temps qu'a été créé le cabinet dentaire s'élève à environ 200, soit le cinquième de l'effectif.

Soins dentaires aux militaires.

Dans diverses villes de garnison d'Allemagne les hôpitaux militaires concluent des contrats avec des dentistes civils pour le traitement des affections dentaires des militaires de ces garnisons ; c'est ainsi que ce traitement est assuré à Rostock par M. W. Lippold, à Prenzlau par M. Sjöborg, etc. Le tarif des honoraires est fixé par l'ordonnance prussienne (en Prusse du moins) sur les émoluments et honoraires.

Nomination.

M. Gösta Hahl, professeur à l'Institut dentaire de l'Université de Berlin, a accepté la chaire de dentisterie à l'Université d'Helsingfors.

Création.

Le professeur Jung vient de fonder à Berlin un institut dentaire de perfectionnement pour les chirurgiens-dentistes désireux de se perfectionner dans les nouveaux procédés de dentisterie.

Société coopérative des Dentistes de France.

Messieurs les actionnaires de la Société coopérative des Dentistes de France, anonyme à capital et personnel variables, sont convoqués

en assemblée générale ordinaire, le lundi 6 avril 1903, à 8 h. 1/2 du soir, au Siège social, 45, rue de La Tour-d'Auvergne, à Paris.

ORDRE DU JOUR :

Procès-verbal de la précédente assemblée générale.
Rapport des commissaires.
Rapport du Conseil d'administration.
Proposition d'augmentation du capital social.
Renouvellement partiel du Conseil d'administration.
Renouvellement du Conseil de surveillance.

L'assemblée ordinaire sera suivie d'une assemblée générale extraordinaire qui aura lieu le même jour, même local, à 10 h. 1/2 du soir.

ORDRE DU JOUR :

Modification aux statuts (articles 16 et 23).

Le président du Conseil d'administration,
Dr MAURICE ROY.

SOCIÉTÉ DE PRÉVOYANCE ET D'ASSURANCE EN CAS DE DÉCÈS.

Il y a quelques années, par les soins de l'*Association générale des Dentistes de France,* furent élaborés les statuts d'une *Société de prévoyance et d'assurance en cas de décès,* destinée à assurer, à la mort du sociétaire, *à la personne désignée par lui,* une somme destinée aux premiers besoins ; ces statuts figurent dans l'Annuaire de l'Association, page 110. Cette société dont l'utilité n'est cependant pas à démontrer ne put fonctionner faute d'un nombre suffisant d'adhérents.

Plusieurs membres nous demandent instamment de reprendre cette création et de la faire aboutir ; nous venons, en conséquence, faire appel aux sentiments de prévoyance et de solidarité des membres de l'Association, en les priant d'envoyer leur adhésion à M. Papot, président de l'Association.

Nous pouvons ajouter que les adhésions reçues à ce jour permettent d'espérer à bref délai la constitution de cette société.

Le Comité.

SOCIÉTÉ DES DENTISTES DES HÔPITAUX, ASILES, HOSPICES ET ÉTABLISSEMENTS D'ASSISTANCE PUBLIQUE DU DÉPARTEMENT DE LA SEINE.

Nous apprenons la fondation d'une nouvelle Société des dentistes des hôpitaux, établie sur des bases très larges et très libérales, en accord avec l'évolution actuelle de notre profession.

Elle se propose de poursuivre dans l'œuvre de l'Assistance publique les réformes depuis si longtemps réclamées au point de vue dentaire

et mises en lumière au dernier Congrès international de 1900, ainsi que dans les réunions des fédérations nationale et internationale, notamment dans le si remarquable rapport que M. le Dr Frank (de Vienne) a présenté à Stockholm, au nom de la Commission internationale d'hygiène publique.

Pour les renseignements et les adhésions, s'adresser à l'un des membres du comité d'initiative :

MM. Martinier, dentiste des asiles de la Seine, 10, rue Richelieu, Paris.
Le Dr Roy, dentiste des hôpitaux, 5, rue Rouget-de-l'Isle.
Le Dr Sauvez, dentiste des hôpitaux, 17, rue Saint-Pétersbourg.

COMPTES RENDUS DU 3e CONGRÈS DENTAIRE INTERNATIONAL

Le *Comité de publication* a donné le « BON A TIRER » du 3e volume des comptes rendus du Congrès de 1900 qui contient les assemblées de sections et est illustré de *nombreuses planches et gravures.*

Cette publication a pris une **importance au delà de toute prévision** ; aussi est-il nécessaire de faire un 4e VOLUME, qui suivra de *très près* la publication du 3e. Ce 4e volume sera consacré à la fin des assemblées de sections, aux démonstrations pratiques et aux fêtes.

Les COMITÉS NATIONAUX sont invités à faire connaître DÈS A PRÉSENT au *secrétariat général* le nombre d'exemplaires pour lequel ils souscrivent au nom des sociétés, écoles, journaux professionnels, bibliothèques et groupements dentaires de leur pays, au prix de 48 FRANCS POUR LA SÉRIE DES QUATRE VOLUMES (*port en sus*).

Les souscriptions volontaires des sociétés des écoles ou des individualités sont reçues chez M. Viau, trésorier, 47, boulevard Haussmann, Paris.

RECTIFICATION.

On nous demande l'insertion de la note suivante :

M. Lassue ayant adressé à MM. les chirurgiens-dentistes une planche tarif, contenant en dessins les mêmes types de dents que ceux déjà insérés planche XV (blocs ou obturations de porcelaine), dans le catalogue de M. Platschick en cours de publication, déclare que c'est à tort qu'il a publié la dite planche aujourd'hui détruite, et que la propriété de ces dessins appartient à M. Platschick.

23e ANNÉE. N° 7 15 AVRIL 1903 VOL. XXIX



Travaux Originaux

LE FACTEUR PRÉDISPOSANT DANS LA CARIE DENTAIRE

Par EDWARD C. KIRK, D.D.S., de Philadelphie.

Communication à la « Ohio State Dental Society ». Réunion annuelle des 2, 3, 4 décembre 1902 à Columbus (Ohio).

Le problème relatif à l'étiologie de la carie dentaire a reçu dans le cours des âges des solutions différentes ; mais, si l'on en fait une revue successive, on reste frappé de la tenacité avec laquelle s'est maintenue, sous une forme ou sous une autre, la théorie qui place à l'intérieur de la dent la totalité ou une partie des causes de la carie. Telle fut, en effet, d'après les plus anciens documents, la conception première, l'explication initiale de cette maladie. Au premier siècle, Celsus déclare que la carie est produite par des vers, qui détruisent les tissus dentaires de l'intérieur vers l'extérieur. Aujourd'hui encore cette opinion survit chez les Chinois, les Japonais et les Hindous, où elle est conservée depuis une époque sans doute bien antérieure aux écrits de Celse.

Plus tard, cette théorie de l'origine interne eut un autre aspect et devint la théorie inflammatoire. Cette conception

trouve encore, d'ailleurs, quelques partisans, qui appuient leur opinion sur les changements réactionnels de structure apportés par la calcification dans les tissus dentaires en voie de carie.

Les études modernes relatives à l'étiologie de la carie dentaire commencèrent, à proprement parler, avec les importantes recherches de Leber et de Rottenstein, publiées en 1867, sous le titre « Recherches sur la carie dentaire ». En 1881, Urderwood et Miles reprirent la question dans leur communication au Congrès médical international de Londres, et ces travaux furent complétés, en 1884, par ceux du professeur W. D. Miller, de Berlin. Cet ensemble d'études jette la lumière sur la véritable cause active de la carie et établit définitivement ce fait que la cause déterminante est extérieure à la dent et trouve son facteur dans le milieu ambiant.

Les derniers fondements sur lesquels s'appuyait la théorie de l'origine interne ont été détruits, semble-t-il, par les travaux qu'a publiés le Dr J. Léon Williams, notamment par ses communications à la New-York Odontological Society, en 1897, à la British Dental Association, en 1898, et de nouveau à la New-York Odontological Society, en 1899. Examinant la question au point de vue des caractères physiques des tissus durs de la dent, le Dr G. V. Black est amené par ses longues et délicates recherches (Dental Cosmos. Vol. 37, p. 417), à conclure ainsi qu'il suit :

« Les analyses sur la densité, la proportion de sels de chaux et sur la résistance des dents que nous avons faites sur un nombre suffisant des dents pour nous permettre d'en déduire des conclusions dignes de foi, nous ont démontré que ni la densité, ni la proportion de sels de chaux, ni la résistance ne peuvent être considérées comme des facteurs prédisposants de la carie dentaire ou même comme des facteurs susceptibles de retarder l'apparition ou le progrès de la carie. »

Quelles que soient les différences d'opinion qui puissent exister au sujet de certains points de détail, du moins la conclusion générale qui se dégage de toutes ces recherches

doit être tenue pour vraie, à savoir que la carie est tributaire du milieu ambiant de la dent. En résumé, ces brillantes études nous ont appris *comment* les dents se carient. Mais, *pourquoi* se carient-elles? C'est là une question beaucoup moins claire. Nous savons d'une façon précise comment un milieu infecté peut amener l'apparition de la carie ; mais cette notion ne nous suffit pas, à elle seule, pour résoudre le problème attaché à sa prophylaxie.

La clinique nous révèle certains faits que nos connaissances actuelles, touchant l'étiologie de la carie, ne nous permettent pas d'expliquer. Ce sont, en premier lieu, l'immunité et la susceptibilité extrême que présentent certains individus vis-à-vis de cette maladie; secondement, les variations souvent observées chez le même sujet quant au degré de l'immunité ou de la susceptibilité; troisièmement, enfin, la tendance physiologique à des oscillations du degré d'immunité constatée chez nombre d'individus, alors qu'ils approchent de la vieillesse.

Tout praticien peu expérimenté, et dont la clientèle compte un certain nombre de familles soucieuses de se soumettre régulièrement à son examen, a probablement remarqué de nombreux cas d'immunité complète; et il est raisonnable de penser que la proportion réelle de ces cas dépasse celle qu'établissent nos observations journalières, étant donné qu'en général ceux-là seuls viennent nous consulter qui y sont contraints par quelque trouble dentaire. Par contre, on connaît des cas de susceptibilité extrême où, en dépit des soins les plus minutieux, les tissus dentaires fondent, pour ainsi dire, comme la neige au soleil. Entre ces deux extrêmes trouvent place, naturellement, tous les degrés de susceptibilité.

Voici encore un fait d'observation courante et si fréquemment constaté qu'il a exercé une influence modificatrice sur les méthodes de traitement : on a noté que nombre de patients, particulièrement victimes de la carie pendant leur jeunesse, voient se développer aux approches de l'âge adulte une immunité presque totale. Cette immunité acquise

peut devenir permanente, mais elle peut aussi, à des intervalles irréguliers, faire place à des retours offensifs de la carie, dont l'apparition semble coïncider avec des troubles de la nutrition chez ces individus que l'on déclare habituellement de santé délicate. Enfin, les exemples ne sont pas rares où une susceptibilité manifeste pendant l'enfance a été suivie, pendant la jeunesse et l'âge mûr, d'une immunité complète, remplacée à son tour, aux approches de la vieillesse, par une récurrence marquée de la susceptibilité. Et alors, si les dents n'ont pas été perdues à la suite de quelque désordre alvéolaire, elles succombent finalement à la carie.

Ce n'est pas mon intention de considérer avec plus de détails ces oscillations dans la marche de la maladie, et je n'ai voulu que rappeler ici des faits bien connus de tous. Les constatations qui nous intéressent en ce moment sont les suivantes : 1° la carie est dépendante du milieu ambiant de la dent; 2° la tendance à la carie varie non seulement avec les individus, mais encore, chez le même individu, elle se manifeste avec une intensité différente, suivant les différentes périodes de l'état diathésique. Prenons comme exemple un phénomène bien connu : la fréquence de ce que l'on a appelé la carie sèche, l'éburnification des surfaces cariées dans la première molaire permanente. On a mille fois constaté la tendance à la carie rapide que manifeste la surface triturante de la dent de six ans dès l'époque de son éruption et pendant une période de cinq ou six années ; puis, graduellement, cette tendance diminue et disparaît ; la dentine exposée a pris une teinte sombre, présente un poli comparable à celui de l'acajou et la dent reste si parfaitement saine, elle remplit son rôle d'une façon si satisfaisante que l'on hésite à placer une obturation protectrice. On a coutume d'expliquer ainsi cet arrêt : la carie, dit-on, étant restée superficielle et ayant détruit la partie triturante de la dent, de façon à lui donner le même niveau en tous ses points, il en est résulté une surface qui, d'elle-même, reste propre ; la trituration et la mastication

continuent à la protéger contre l'établissement d'une colonie de bactéries spécifiques, d'où arrêt naturel du processus destructeur. Mais, nous savons que si certaines surfaces sont par leur forme propre et par leur situation relativement à l'abri de la carie, il n'en existe aucune, sur aucune dent, qui, dans un milieu infecté et dans un milieu ambiant propre au développement de la maladie, soit protégée d'une façon absolue. Il nous faut donc trouver une autre explication de cet arrêt et de l'éburnification de la dentine. Et nous devrons la chercher dans l'étude des conditions que les conclusions scientifiques nous ont signalées comme productrices de carie.

Or, que nous ont appris les recherches bactériologiques spéciales ? Elles nous ont montré :

1° Que la carie dentaire est due avant tout à l'action de certains groupes de micro-organismes, qui provoquent des fermentations acides, dont le résultat principal est la production d'acide lactique, agent décalcifiant ;

4° Que cette classe de bactéries prolifère surtout, et presque exclusivement à ce point de vue, dans un milieu hydrocarboné ;

3° Qu'étant donné un milieu ambiant dentaire infecté par cette sorte de bactéries et présentant la nourriture propre à leur développement, en même temps que la température, l'humidité et les conditions aérobiques voulues, on peut être certain de voir la carie faire son apparition. Le problème ainsi posé, nous ne pouvons concevoir que deux méthodes capables soit de prévenir l'apparition, soit d'arrêter les progrès de la maladie. La première consiste dans l'élimination d'un ou de plusieurs facteurs indispensables à son développement ; la seconde, dans l'introduction dans ce milieu de quelque substance ou condition susceptible de s'opposer à l'activité fonctionnelle des bactéries spécifiques. C'est dans l'une ou l'autre de ces hypothèses, semble-t-il, que nous devons maintenant chercher l'explication de ces cas d'immunité soit naturelle, soit acquise.

Le traitement prophylactique que, jusqu'ici, nous avons

tous recommandé, les méthodes dont nous conseillons l'emploi à nos patients reposent en fait sur ces deux théories. Tous les détails de la toilette dentaire, le nettoyage des surfaces des dents et de la muqueuse buccale ne sont des opérations efficaces, on le sait, qu'autant qu'ils enlèvent mécaniquement les bactéries et les débris alimentaires, conditions essentielles du développement de la carie. Quant à l'antisepsie buccale, elle constitue une adhésion tacite à la seconde hypothèse, à savoir qu'il est possible d'introduire dans la bouche quelque substance capable d'arrêter l'activité fonctionnelle des micro-organismes spécifiques et de prévenir ainsi les résultats qui suivent leur libre développement.

Mais ces méthodes sont en pratique insuffisantes, en ce sens que leur action est temporaire, que leur efficacité se mesure à la persistance avec laquelle elles sont employées, tandis que l'influence bactérienne, toutes choses égales d'ailleurs, demeure un facteur constant. Dans cette lutte inégale, où à la continuité de l'attaque nous ne pouvons opposer que les succès passagers d'une hygiène locale et d'une antisepsie intermittente, l'avantage doit donc fatalement revenir aux bactéries. Et nous voilà contraints à chercher une autre méthode plus appropriée, pour lutter contre l'apparition ou les progrès de la maladie. Il nous faut une défense aussi persistante que l'envahissement lui-même, il nous faut modifier si profondément les caractères du milieu buccal qu'il devienne impossible aux micro-organismes spécifiques de s'y développer.

Mais, si les conditions qui, au sens strict du mot, donnent naissance à la susceptibilité sont peu connues, celles qui concernent ce problème de l'immunité le sont moins encore.

Miller a bien démontré clairement que la décomposition des aliments hydrocarbonés sous l'influence des bactéries est un facteur, et des plus importants, dans l'étiologie de la carie. Cependant, nous trouvons à la fois ces débris hydrocarbonés et une affluence de bactéries dans la bouche de sujets exempts de caries. Par contre, dans les bouches par-

ticulièrement susceptibles, ni les nettoyages les plus minutieux, ni l'usage des meilleurs antiseptiques buccaux ne suffisent à en empêcher l'apparition. Que conclure alors, sinon que la fermentation des débris alimentaires hydrocarbonés n'en est pas la seule source, ni l'origine unique?

La constatation des oscillations périodiques du degré de susceptibilité, la comparaison de l'immunité et de la susceptibilité des dents suivant les individus, sont des observations qui nous invitent, si elles ne nous y obligent pas, à conclure que la carie dentaire est une manifestation diathésique. Qu'elle soit en rapport étroit avec l'état général de la nutrition, c'est là un fait indubitable ; nulle autre explication ne peut, en effet, nous rendre un compte satisfaisant de la concordance qui existe entre les variations dans l'état général du sujet et la rapidité et l'intensité des progrès de la carie. Nous savons, par exemple, que, chez nombre de femmes, la répétition des grossesses tend à provoquer l'apparition de ce trouble dentaire ; nous savons qu'il en est de même dans les maladies consomptives, dans les dyspepsies chroniques et dans les différentes formes de nutrition insuffisante. L'impression persistante laissée par cette théorie erronée que la cause de la carie doit se trouver en quelque sorte à l'intérieur même de la dent, nous a sans doute conduits à admettre cette idée qu'aux troubles de nutrition causés par la maladie correspond quelque altération dans la structure des tissus dentaires, altération qui les rend plus susceptibles aux progrès de la carie. Mais depuis qu'il a été démontré scientifiquement que les dents jouent, en somme, un rôle passif dans cette affaire, que l'étiologie de la carie leur est extérieure, il nous faut expliquer autrement l'influence qu'exercent à ce propos la grossesse et les maladies, et nous arriverons au but en établissant que les troubles de nutrition affectent, non la dent, mais son milieu ambiant.

Nous avons appelé l'attention sur les deux hypothèses qui, seules, dans l'état actuel de nos connaissances, peuvent logiquement expliquer l'immunité : 1° la suppression dans le milieu ambiant dentaire de quelque facteur indispensable

au développement de la carie ; 2° l'introduction dans ce milieu de quelque élément opposé à l'activité fonctionnelle des microorganismes responsables. Or, nous avons de fortes raisons pour croire que ces deux conditions peuvent résulter, et résultent probablement en effet, des modifications qui se produisent de temps en temps dans l'état de la nutrition. Nous savons que la salive mixte, qui baigne constamment les dents, offre de grandes variations dans sa composition, grâce aux laborieuses recherches de M. Michaëls, de Paris ; nous possédons aussi cette idée générale que la salive présente une composition pour ainsi dire constante pour chaque état diathésique particulier, de sorte que, chez tout individu, aux variations de la nutrition correspondent des variations dans la composition de la salive.

Les recherches dirigées en ce sens n'ont pas encore pris un développement tel qu'elles puissent nous fournir une explication suffisante du problème tout entier attaché à la susceptibilité et à l'immunité spéciales qui nous intéressent (à moins que le professeur Miller ne nous apporte la lumière dans la communication qu'il nous a promise pour le n° de janvier du *Dental Cosmos*). Mais déjà certains résultats ont été atteints, d'après lesquels nous pouvons tout au moins conclure : 1° que la composition de la salive joue un rôle considérable dans l'apparition de la carie ; 2° que c'est dans l'influence exercée par les modifications de la nutrition sur la composition de la salive que nous devrons trouver quelque jour le véritable facteur prédisposant à la carie dentaire. Pour notre part, nous avons examiné un nombre considérable de spécimens de salive et, dans tous les cas de carie véritable, surtout chez les enfants, nous avons constaté la présence d'un hydrocarbone en solution, qui répondait au réactif iodo-ioduré de von Jaksch pour le glycogène et l'érythrodextrine. (La présence du glycogène a déjà été antérieurement signalée par Salomon — Maly's Jahresbericht. VIII. 55. Rép. 1879 — et par Michaëls — Comptes rendus du 3e Congrès dentaire international de Paris, 1900.)

La similitude de coloration que présentent les réactions

respectives du glycogène et de l'érythrodextrine à la solution iodo-iodurée suggère la possibilité d'une erreur en ce qui concerne l'affirmation de la présence du glycogène. On sait, en effet, que l'action diastasique de la ptyaline sur les amylacés provoque, dans la série des produits auxquels donne naissance la dégradation de l'amidon, la formation d'érythrodextrine, dont la réaction à la solution iodo-iodurée se distingue difficilement de celle qui caractérise le glycogène.

Sans doute, il serait possible d'apporter un peu plus de précision dans cette question, en examinant la salive, telle qu'elle s'écoule des orifices glandulaires, et avant tout contact possible avec les débris alimentaires hydrocarbonés. Mais c'est là un travail qui réclame des procédés opératoires spéciaux, et nous ne sommes pas encore prêt à l'entreprendre.

La présence du glycogène offre, à ce point de vue, une importance de premier ordre, car l'existence dans la salive de cette substance hydrocarbonée fermentescible, produit du métabolisme nutritif, serait une preuve de sa dialyse du plasma sanguin dans la bouche, au travers des glandes salivaires et de celles de la muqueuse buccale. Elle constituerait ainsi, si l'on peut dire, un indice de l'état de la nutrition. Si, au contraire, cette substance décelée par le réactif iodé, n'est que de l'érythrodextrine, elle ne peut aucunement nous renseigner sur l'état de la nutrition. Elle n'indique alors que la présence d'un hydrocarbone soluble, produit de la digestion buccale.

Quoi qu'il en soit, la présence éventuelle du glycogène dans la salive est extrêmement probable, bien qu'encore une fois il soit impossible de considérer ce fait comme démontré, en l'absence d'un réactif spécial, susceptible de le caractériser en présence de l'érythrodextrine.

Certains caractères physiques de la salive, son opalescence, par exemple, nous permettent parfois de supposer la présence du glycogène, et cette croyance trouve un nouvel appui dans la réaction chimique dont nous venons de parler.

De plus, l'existence très probable d'un rapport, et même d'une dépendance entre la prédisposition à la carie dentaire et l'état diathésique suggère encore fortement cette autre idée, à savoir que, dans les cas de susceptibilité marquée à la carie, certains composés hydrocarbonés solubles, tels que le glycogène, produits du métabolisme nutritif, dialysent constamment du plasma sanguin dans la bouche, par l'intermédiaire des appareils glandulaires buccaux.

La réaction de la salive est aussi un facteur important dans la prédisposition à la carie. C'est un fait bien connu que la réaction du milieu de culture exerce une profonde influence sur le développement de nombreuses classes de bactéries ; et, par conséquent, jusqu'à preuve du contraire, nous avons le droit de penser que les modifications constatées dans la réaction du fluide buccal ne sont pas sans influence sur les progrès de la maladie qui nous occupe. Nos recherches personnelles nous ont montré que partout où il y a développement de caries, la réaction est constamment alcaline ou neutre, tandis que là où l'acidité est manifeste, la marche de la carie semble entravée et l'érosion apparaît.

A ce propos, nous appellerons l'attention sur ce fait que les changements de réaction observés dans la salive caractérisent ce fluide tel qu'il est versé dans la bouche, et ne résultent pas forcément des modifications que des fermentations ultérieures peuvent lui faire subir. Donc, s'il est vrai que ces différences de réaction ont quelque influence modificatrice sur les propriétés de la salive, en tant que milieu de culture pour les bactéries qui nous intéressent, nous trouvons encore là une preuve supplémentaire des relations qui font de la prédisposition aux caries un facteur de la nutrition générale. Elle se manifeste une fois de plus comme une condition diathésique, dépendante du métabolisme nutritif, puisque de ce métabolisme dépend la réaction salivaire.

Les études que nous avons faites de la salive nous ont encore révélé un autre fait, sur lequel nous désirons particulièrement insister : l'erreur probable que nous commet-

tons en attribuant à l'action de la carie la formation de toutes les cavités que nous découvrons dans la bouche. Cette assertion dérive des nombreux examens micro-chimiques que nous avons faits de la salive des patients chez qui les tissus dentaires subissaient une destruction rapide. Bien que les cavités dont nous parlons se soient en général manifestées indifféremment sur toutes les surfaces des dents, néanmoins les résultats analytiques de nos examens ont montré des différences notables. Ici nous avons trouvé l'acide lactique comme agent dissolvant ; là nous avons constaté la présence exclusive ou presque exclusive du phosphate acide de soude.

Il est évident, à priori, que là où, pour une cause quelconque, nous constatons une dissolution rapide des tissus dentaires sous l'influence d'un acide, nous devons nous attendre à trouver dans les fluides buccaux les sels formés par la combinaison de l'acide dissolvant et des éléments de la dent ; et tel est le cas. Grâce à la méthode d'analyse microscopique et micropolariscopique établie par Michaëls, nous pouvons déterminer avec précision la présence de ces sels, produits de l'action de l'acide sur la dent, qu'ils soient dus d'ailleurs à la fermentation lactique, ou bien à l'acidité qu'un métabolisme nutritif défectueux provoque dans la salive.

Nous avons alors appliqué cette méthode à l'étude des cas connus en clinique sous le nom de caries rapides ; et, chez de nombreux sujets, la salive ne nous a montré aucune évidence de lactates terreux, qui, s'ils existaient, ne s'y présentaient, en tous cas, qu'en minime quantité ; mais, en revanche, la proportion de phosphates acides de chaux et de soude y était considérable. Voilà bien alors des cas d'érosion véritable, au sens strict du mot, et non de vraies caries, bien qu'au point de vue chimique les apparences soient identiques, c'est-à-dire formation et extension progressive de la cavité, jusqu'à destruction partielle ou totale de la couronne de la dent.

Si l'on s'enquiert auprès des individus ainsi atteints de

leur hygiène alimentaire et de leur mode d'existence, on constate qu'ils font un usage exagéré d'aliments hydrocarbonés, qu'ils absorbent une quantité considérable de sucres et un minimum de substances protéiques et albuminoïdes, d'autre part, qu'ils mènent une vie sédentaire, inactive, et négligent les exercices physiques.

Il semble alors naturel de conclure, en présence de l'existence anormale de phosphate acide de soude constatée dans la salive, que leurs échanges organiques sont caractérisés par une oxydation insuffisante des hydrocarbonés ; d'où résulte une surproduction d'acide carbonique, si on la compare à l'absorption d'oxygène. L'excès d'acide carbonique est, pour ainsi dire, repris par le sang, où il remplace l'oxygène dans l'hémoglobine. Et il devient extrêmement probable que ces conditions anormales excitent les cellules glandulaires de la muqueuse buccale à accomplir les fonctions dévolues normalement à l'épithélium rénal, soit la transformation des phosphates neutres de soude en phosphates acides, par l'action massive de la quantité d'acide carbonique. Et, dans le cas qui nous occupe, cette sécrétion acide est versée dans la bouche, où elle exerce ses effets destructeurs sur les dents.

Nous conclurons cette communication par une dernière remarque, relative au rôle que la sélection naturelle peut jouer dans la prédisposition à la carie dentaire.

Si l'on expose à l'air, et dans des conditions identiques, deux vases contenant, l'un, du jus de fruit, l'autre, une substance protéique, telle que du sang ou du bouillon de viande, on verra, au bout d'un certain temps, ces deux matières entrer en décomposition, mais donner naissance à des produits terminaux entièrement différents. Le jus de fruit fermentera, et de sa décomposition il résultera des produits de réaction acide. Le sang entrera en putréfaction, et sa décomposition donnera naissance à des produits de réaction alcaline. Pourtant, dans ces deux expériences, ce sont les mêmes sources d'infection qui ont agi. Nous devons donc conclure de là que, dans chaque cas, seules ont survécu les

bactéries qui ont trouvé dans ces milieux différents la classe d'aliments les mieux adaptés aux besoins de leur existence.

Nous voyons dans ce phénomène l'illustration du principe suivant : par suite de la sélection naturelle, la composition du milieu de culture exerce une influence passive, mais considérable, sur la détermination du caractère de l'infection bactérienne et de sa marche.

Appliquons ce principe à notre problème de la prédisposition ; nous devrons, nous semble-t-il, fatalement aboutir à ces conclusions : puisque la composition de la salive présente des variations correspondant à celles de l'état général de la nutrition, le facteur prédisposant dans la carie dentaire est diathésique. La prophylaxie véritable, pour être parfaite, doit alors être fondée sur l'étude de cet état de nutrition et sur la connaissance des modifications qui doivent y être apportées, pour transformer la composition des fluides buccaux et en faire un milieu impropre au développement des bactéries responsables de la carie ; en un mot, la prophylaxie consistera dans la réalisation des conditions de nutrition qui produiront l'immunité.

Nous sommes loin d'oublier l'importance des travaux que les bactériologistes, et spécialement Metchnikoff et Ehrlich, ont récemment consacrés à l'étude de l'immunité, dans les maladies infectieuses en général. Il est très possible qu'on puisse trouver dans la salive des individus réfractaires à la carie certaines substances protéiques, capables de combattre et de prévenir l'action des organismes de la fermentation lactique sur les tissus dentaires. Mais, d'autre part, si l'on admet que l'hypothèse d'Ehrlich, par exemple, donne l'explication de l'immunité dans le cas qui nous occupe, il n'en reste pas moins évident que la susceptibilité et l'immunité demeurent encore dépendantes de la nutrition. En sorte que, quel que soit le point de vue où nous nous placions, et étant donné nos connaissances actuelles, nous devons aboutir à cette conclusion : le facteur prédisposant dans la carie dentaire est diathésique, et le traitement local, à lui seul, est impuissant à arrêter les ravages de cette maladie.

ADRESSES UTILES

La ligne : 20 francs par an, Lignes en sus : 10 fr. la ligne. } **dans 24 numéros.**

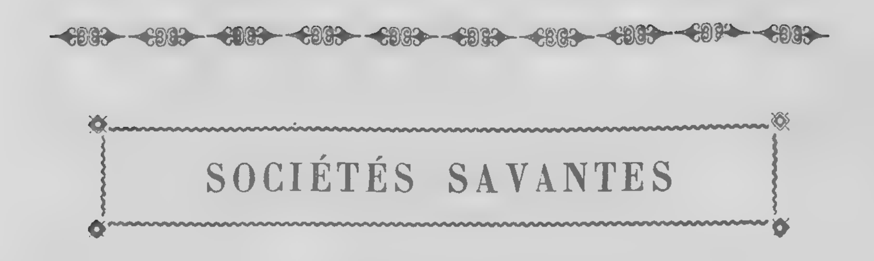
C. Ash et fils (*Fourn. gén.*) 22, rue du Quatre-Septembre, PARIS. **TÉLÉPHONE 294.47.**
Dr Bengué (*Anestile*), 47, rue Blanche, PARIS.
J. Fanguet, Georges Clotte, sr (*Impressions en t. genres*), 28, r. d'Enghien, PARIS.
Comptoir international (*Fourn. gén.*), 15, avenue Fonsny, BRUXELLES.
Contenau et Godart fils (*Fourn. gén.*), 7, r. du Bouloi, PARIS. **TÉLÉPHONE 214-53.**
Cornelsen (*Fourn. gén.*), 16, rue St-Marc. **TÉLÉPHONE 218.69.**
A. Debraux, profr (*Cert. d'Et. exigé des dentistes*), 17, faub. Montmartre, PARIS.
Vve Jules Friese (*Fournitures générales*), 3, rue de Londres, PARIS.
Alfred Joliot (*Fourn. gén.*), à la Cloche, 193, rue St-Martin. **TÉLÉPHONE 271.51.**
Mamelzer et fils (*Man. dent.*), 40, r. Croix-des-Petits-Champs, PARIS. **TÉL. 306.77.**
Al. Maylaënder (*Reliures en tous genres*), 66, rue Daguerre, PARIS.
A. Mellottée, imprimeur de *L'Odontologie* à CHATEAUROUX.
P. Périé fils (*Fournitures générales*), 7, place Lafayette, TOULOUSE.
B. Platschick (*Prothèse à façon*), 3, rue Ventadour, PARIS. **TÉLÉPHONE 222.82.**

Reymond frères (*Fournitures générales.*) **TÉLÉPHONE 312.91.**
{ 22, rue Le Peletier, PARIS.
44, place de la République, LYON.
69, rue de la Croix-de-fer, BRUXELLES.
3, rue Petitot, GENÈVE.

Victor Simon et Cie (*Four. gén.*), 54, rue Lamartine, PARIS. **TÉLÉPHONE 269-45.**
Société coopér. des dent. de Fr., 45, r. de La Tour-d'Auvergne. **TÉLÉPH. 223.04.**

Société Française de Fournitures Dentaires. { **58 bis, Chaussée-d'Antin, Paris** **TÉLÉPHONE 214-47.** } *Grande exposition*, au dépôt de PARIS, de toutes les *Nouveautés dans l'outillage* de MM. les Dentistes.

Syndicat Français (*Recouvrements d'honoraires*), 131, boul. Sébastopol, PARIS.
Vve J. Wirth (*Manuf. dent.*), 22-24, av. Philippe-Auguste, PARIS. **TÉLÉPH. 923.48.**



SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 25 mars 1903.

RÉSECTION PARTIELLE DE LA BRANCHE HORIZONTALE DE LA MACHOIRE INFÉRIEURE POUR UNE ÉPULIS RÉCIDIVANTE. PROTHÈSE IMMÉDIATE PAR UN APPAREIL DE PORCELAINE.

Par M. PIERRE-SÉBILEAU.

Chirurgien des hôpitaux,
Professeur agrégé de la Faculté de médecine,
Professeur à l'École dentaire de Paris.

Je présente à la Société de chirurgie une femme âgée de quarante ans à laquelle j'ai pratiqué, il y a deux mois, dans mon service de Lariboisière, une résection partielle de la mâchoire inférieure. Au cours même de l'opération, M. Delair, l'auteur de cet ingénieux appareil de restauration bucco-faciale que je vous ai montré il y a quelques mois, voulut bien remplacer le fragment de mandibule sacrifié par un appareil de prothèse appliqué extemporanément, et assurer ainsi la continuité des deux fragments osseux. Cet appareil est en porcelaine ; c'est le premier du genre.

Vous allez pouvoir l'étudier sur la malade et sur quelques pièces que M. Delair a fabriquées, pour la démonstration, avec des os secs.

Voici d'abord la malade. Quand elle s'est présentée dans mon service, après avoir déjà subi, à deux reprises, l'ablation d'une épulis dont le début remontait à deux ans, elle portait, sur la mâchoire inférieure, entre la canine et la seconde grosse molaire du côté gauche, une tumeur faisant corps avec l'os, laquelle bourgeonnait particulièrement au niveau du bord alvéolaire, sur l'ancien emplacement des prémolaires et de la première molaire, mais envahissait

aussi la face extérieure de l'os et s'infiltrait jusqu'au rebord basilaire.

Cette tumeur, qui s'était considérablement développée depuis six semaines et faisait déjà, sous la peau de la joue, une saillie très apparente, ne me parut pas justiciable, en raison de l'épaississement du bord inférieur de la mandibule et de l'altération apparente de l'os dans toute son épaisseur, d'une simple résection atypique. Je résolus donc d'extraire, par une résection classique, tout le segment malade.

Je n'ai pas besoin de dire que l'opération fut simple et rapide. Séance tenante, M. Delair, sous ma direction opératoire, appliqua son appareil ; je pratiquai la suture des téguments en laissant, dans l'angle postérieur de la plaie, entre les deux lèvres de celle-ci, la place pour un drain qui fut enlevé au bout de quatre jours.

Vous voyez qu'il demeure, au point où le drain a séjourné, un petit orifice fistuleux recouvert d'un bourgeon charnu. Il s'en écoule très peu de pus. Je crois que, dans un cas semblable, il serait meilleur peut-être de ne pas drainer, le pus qui provient de l'infection, pour ainsi dire fatale, des fragments, pouvant librement s'écouler dans la bouche.

La pièce est solidement fixée sur les os ; la malade ouvre largement la bouche et peut fortement serrer les mâchoires ; l'articulation dentaire est bonne ; la mastication est possible, mais rendue difficile par l'existence, sur la joue, d'un petit bourrelet de muqueuse qui, dans l'abaissement de la mâchoire, est pris entre les dents du haut et la pièce. Lorsque cette pièce aura été remplacée par un appareil portant des dents, cet inconvénient disparaîtra.

Vous voyez qu'il n'y a nul bourgeonnement autour du fragment de porcelaine ; la cicatrisation de la muqueuse s'est opérée sur presque toute l'étendue de la plaie ; l'appareil apparaît avec sa couleur normale, n'ayant pas subi d'altération. La salive, la teinture d'iode, le sublimé ont été sans action sur lui.

Voici maintenant une pièce identique à celle qui a été appliquée et, à côté d'elle, quelques autres pièces de démonstration très intéressantes.

Cette pièce de restauration mandibulaire est longue de 2 1/2 centimètres environ ; elle a, naturellement la hauteur de l'os maxillaire inférieur. Elle est fixée sur les deux fragments par une triple articulation. Sur la face externe, deux attelles, l'une supérieure, l'autre inférieure, la rendent solidaire du fragment postérieur ; et deux attelles, disposées de la même façon, la maintiennent contre le fragment antérieur. Sur la face interne, est disposée une attelle qui allant de l'un à l'autre fragment, occupe le milieu de la hauteur de l'os et de la pièce. Enfin, profondément, un goujon se détache de l'appareil et pénètre dans le corps du fragment postérieur. Grâce à ce

triple organe de soutien, il y a cohésion entre l'os et la porcelaine.

Cette cohésion s'est maintenue, depuis deux mois, sur la malade que j'ai opérée ; cela tient, sans doute, à la manière dont les attelles métalliques sont fixées sur l'os. Comme vous le voyez, l'appareil comporte, non pas des vis, mais des boulons. Les vis ne gardent, dans le parenchyme de l'os, aucune solidité ; elles ne tardent pas à s'ébranler, car la lame de tissu compact n'a pas assez d'épaisseur pour qu'elles mordent dans l'os d'une manière utile. Les boulons, au contraire, qui traversent toute l'épaisseur de l'os et sont maintenus par des écrous serrés à blocs, sont, pour ainsi dire, immuables ; mais M. Delair, qui en a imaginé l'emploi, s'est rendu compte qu'ils étaient inapplicables sans une instrumentation particulière. Comment, par exemple, aller serrer des écrous sur l'extrémité profonde des boulons, à la face interne de la mandibule, dans l'intérieur de la cavité de la bouche ? La chose était irréalisable.

C'est pour la rendre possible que M. Delair a imaginé des petites griffes à forcipressure, de courbure différente, lesquelles permettent de fixer les écrous dans quelque position que ceux-ci se trouvent par rapport à l'opérateur. Pour recevoir les griffes des pinces, chaque écrou, soigneusement émoussé, porte deux petites brèches sur sa circonférence.

Je vous présente une série de pinces ; elles reposent toutes sur le même principe, mais diffèrent, comme vous le voyez, par la forme, les dimensions, la courbure. Il y a là une véritable instrumentation originale dont l'ingénieuse application éclate sur la pièce de démonstration que je vous montre : c'est une restauration schématique du tibia. Vous voyez comment, à la faveur d'une incision pratiquée sur la face interne de la jambe, il serait possible d'aller présenter des écrous au fil des boulons, soit à la face interne, soit à la face postérieure de l'os.

Voici comment on procède :

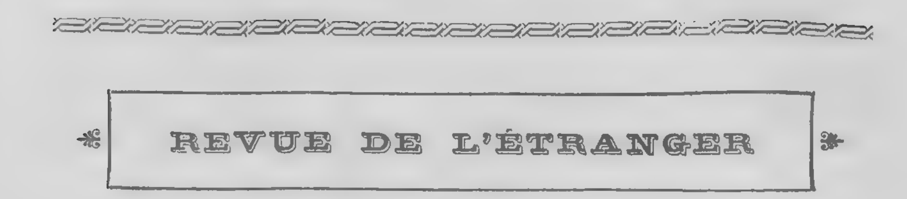
Des trous sont pratiqués dans l'os avec le perforateur. A l'orifice éloigné de chacun de ces trous, l'on presente, avec celle des griffes à forcipressure dont la courbure s'adapte au cas particulier, un écrou.

Par l'orifice proche on introduit un boulon qu'on visse librement, sans difficulté, puisqu'il se trouve à la superficie du champ opératoire, dans l'écrou fixé du côté opposé. Au résumé, au lieu de visser, comme cela est l'habitude, l'écrou sur le boulon, on visse le boulon dans l'écrou.

Telles sont les pièces de prothèse immédiate de M. Delair et telle est son ingénieuse instrumentation. Je dois le remercier du généreux empressement qu'il met à m'assister dans mes opérations de restauration faciale.

C'est lui qui a eu l'idée d'utiliser, pour la prothèse immédiate de la bouche, la porcelaine dure, à grand feu, cuite à 1.600 degrés. Cette porcelaine est inaltérable et inattaquable ; elle se stérilise facilement; enfin, elle se prête au modelage de n'importe quel os ou fragment d'os : voyez, par exemple, ces deux mâchoires artificielles et cet humérus.

(Bulletin de la Société de chirurgie.)



LA PYORRHÉE ALVÉOLAIRE ET SA GUÉRISON

Par le Dr A. Senn, de Zurich.

Traduction de M. A. Thioly-Regard, D.E.D.P.

Cette affection, qui se caractérise par une suppuration gingivo-alvéolaire, a fait l'objet d'une intéressante communication de M. le Dr A. Senn, médecin-dentiste à Zurich, lors de la 74e assemblée générale des physiciens et des médecins allemands.

L'auteur de ce travail, tout en reconnaissant que de nos jours le traitement conservateur des organes dentaires est appliqué avec un résultat des plus satisfaisants, croit cependant, pour ce qui concerne la pyorrhée alvéolaire, que de nombreuses dents pourraient être conservées si la plupart des malades et des praticiens montraient plus de patience et n'apportaient pas une certaine négligence dans le traitement préventif. Il déplore les visites buccales faites par trop sommairement, qu'il appelle des « demi-visites », au cours desquelles on prend en considération que les caries capables d'être obturées ou les racines saines aptes à supporter des couronnes, au lieu d'inspecter minutieusement toute la cavité buccale. Bien souvent on pourrait découvrir sous la gencive des parcelles de tartre, quelquefois bien minimes, mais qui suffisent pour être la cause initiale d'une pyorrhée alvéolaire ayant pour conséquence la chute prématurée de plusieurs dents.

Le tartre sous-gingival peut sans doute rester sans conséquence fâcheuse au collet d'une dent, mais tôt ou tard la couleur normale rose pâle de la gencive devient légèrement foncée ; c'est le début de l'inflammation, qui suivant le cas, selon le degré du manque de vitalité et de faiblesse de l'état général, progresse, devient chronique et pernicieuse, surtout si les soins hygiéniques de la bouche sont insuffisants ou nuls.

Un mauvais état général paralyse la résistance de la gencive à l'irritation du tartre. Cette prédisposition, qui favorise indirectement la pyorrhée alvéolaire, s'accuse non seulement au cours de maladies aiguës ou fébriles, mais elle peut se constater dans les maladies de

cœur et la neurasthénie, de même que chez ceux qui mènent une vie agitée, déréglée ou qui abusent de l'alcool et du tabac.

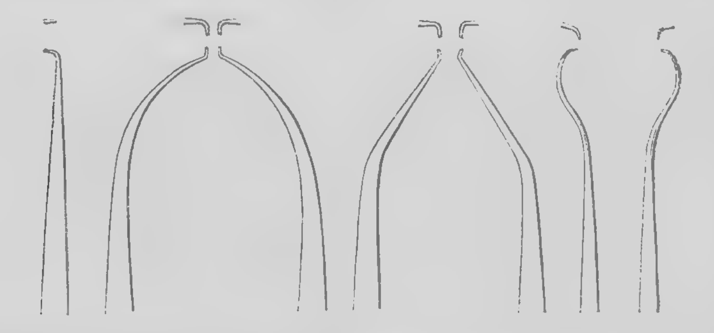
L'auteur ne croit pas que cette affection soit déterminée par un microbe spécifique, il pense que la bouche abrite suffisamment de bactéries capables de faire directement l'office de générateurs du pus, et en effet l'on rencontre dans le pus de la pyorrhée alvéolaire une réunion de tous les microbes de la cavité buccale.

Le plus souvent le patient attend pour se faire soigner que, la gingivite étant bien établie, le périoste et les parois alvéolaires détruits par le pus laissent s'insinuer le tartre putride jusqu'à l'apex de la racine ; la dent est fortement ébranlée et même il peut se manifester de la douleur. A ce moment le pronostic s'établira différemment selon que l'état général sera reconnu plus ou moins satisfaisant. Chez un patient de bonne constitution qui, par exemple, sera atteint de pyorrhée alvéolaire après une attaque de fièvre typhoïde, la guérison se déclarera plus vite et sera plus radicale que chez un autre souffrant d'une tare organique, telle que le diabète ; dans ce dernier cas le traitement sera plus long et la récidive est davantage à craindre.

Quoi qu'il en soit, il ne faut pas compter sur la guérison tant qu'il n'aura pas été enlevé non pas seulement le tartre qu'il sera possible d'atteindre, mais toute trace, jusqu'à la moindre parcelle de celui-ci ; alors seulement on peut espérer la consolidation des dents, ne resterait-il que le dernier tiers de la racine implanté dans l'alvéole assaini.

Tous les médicaments ne servent absolument à rien, tant qu'un nettoyage complet et consciencieux du tartre sous-gingival n'a pas été fait.

Les instruments pour enlever le tartre dont se sert le Dr Senn sont façonnés à l'aide de fins excavateurs (S.S. White, n° 90) recourbés à angle droit ou en forme de houe.



Dans une première séance il ne traite habituellement que trois ou quatre dents.

Il seringue d'abord de l'eau chaude ou une faible solution chaude

de sublimé (1/4 0/00) pour chasser le pus, ensuite avec un grattoir fin, en tirant ou en poussant, selon ce qui est le plus commode, il enlève le tartre, puis il injecte encore la même solution.

Avant le grattage, il recommande d'instiller un anesthésique local. Pour injecter ou instiller, il se sert d'une seringue en verre, facile à nettoyer, et la canule bien désinfectée doit être assez fine pour être dirigée le plus profondément possible.

Trois ou quatre ans auparavant, après la seconde injection, il instillait encore quelques gouttes d'une solution forte de sublimé (1 à 5 0/00) dans les poches gingivo-alvéolaires, mais il a reconnu qu'avec l'eau chaude ou la solution faible de sublimé chaude le résultat était identique. L'eau froide occasionne momentanément de la douleur, c'est pourquoi il vaut mieux se servir d'eau chaude.

Le lendemain ou dans les deux ou trois jours qui suivent, une seconde séance est réservée au client. A ce moment, si les dents traitées laissent sourdre encore un peu de pus à la pression, c'est un signe que la pyorrhée n'est pas encore amendée et l'on peut certifier qu'il est resté quelque peu de tartre ; celui-ci doit être recherché et, s'il est convenablement éloigné, la guérison doit promptement s'établir.

Devant le fait acquis qu'il suffit d'enlever le tartre et de seringuer avec de l'eau chaude pour obtenir la guérison, l'auteur pense pouvoir affirmer que la pyorrhée alvéolaire n'est pas une maladie infectieuse dans laquelle les bactéries jouent un rôle prépondérant, mais que le tartre agit comme un corps étranger pouvant produire de l'inflammation de la même façon qu'une ligature placée au collet d'une dent détermine une gingivite aiguë.

Cette constatation laisse supposer que l'emploi des médicaments n'est pas indiqué ; peut-être seraient-ils plus nuisibles qu'utiles. Les instillations de médicaments violents à l'aide de bâtonnets sont donc déconseillés. Par contre, les pointes de feu auront un excellent effet sur les dents vacillantes, qui se consolideront plus rapidement.

En outre la prophylaxie devra être minutieusement observée ; à côté du brossage des dents, le matin après le premier déjeuner et tout particulièrement le soir, on prescrira une eau dentifrice astringente, par exemple la teinture de myrrhe. L'auteur a obtenu d'excellents résultats avec la pâte d'Unna, qui contient une forte proportion de chlorate de potasse et qui paraît être un remède souverain contre les stomatites et les gingivites. Le thé de feuilles de sauge en gargarismes est à recommander aussitôt après le traitement.

Il sera conseillé au patient de ne pas craindre de se servir de ses dents traitées pour la mastication et de revenir se faire visiter la bouche au moins une fois par an, etc.

La communication de M. le Dr Senn se termine comme suit, sous forme de récapitulation :

1°) S'il existe un dépôt sous-gingival de tartre putride, la pyorrhée alvéolaire est une affection purement locale. L'état général n'est cependant pas sans influence, mais le tartre est *conditio sine qua non;*

2°) La thérapeutique usuelle consiste à enlever le plus possible les dépôts de tartre et instiller des désinfectants doux dans les poches de la gencive. Les remèdes violents, les solutions de médicaments concentrés produisent la nécrose des tissus imprégnés de pus et l'infection persiste jusqu'à ce que les parties mortifiées soient détachées;

3°) Seule l'extirpation mécanique du tartre sous-gingival produit une guérison durable ; les médicaments sont superflus ;

4°) Avec les instruments employés jusqu'ici, l'enlèvement complet du tartre était rarement possible, mais avec les petits gratoirs nouveaux confectionnés avec des excavateurs, comme il a été décrit plus haut, la réussite est certaine;

5°) Moins la maladie est avancée, plus le sujet est jeune et robuste, plus le traitemant sera sûr, facile et durable ;

6°) La guérison obtenue, la prophylaxie est excessivement importante.

DÉVELOPPEMENT DE LA MACHOIRE INFÉRIEURE

Le Dr Ricardo Avanzi, d'Italie, dans son intéressante communication sur le développement de la mâchoire inférieure, faite au Congrès des médecins-dentistes de Turin et publiée par le n° 2 de « *La Stomatologia* », commence par appeler *réaliste* la définition de son maître le docteur Canestrini à savoir *que l'embryon est représenté par un système de tubes.* S'occupant ensuite du *tube* qui doit donner naissance au maxillaire inférieur, qu'il appelle le *monarque de la face*, il dit que le processus d'ossification de la mâchoire inférieure n'est pas précédé d'une véritable formation cartilagineuse, mais qu'il se fait sur le blastème primitif par suite de la métamorphose de ses cellules par déposition de sels calcaires.

Relativement au développement du maxillaire chez l'enfant et chez l'adulte, après avoir exposé ses théories, qui peuvent se résumer ainsi : le développement du maxillaire est dû aux deux forces mécaniques opposées, l'action musculaire et le développement des dents qui agissent comme levier, il conclut que « l'élément biologique » reste à peu près passif et que les modifications de forme [1] du » maxillaire sont dues exclusivement aux deux énergies opposées, » l'action musculaire et le développement des dents ».

Nous trouvons intéressante la communication du Dr Avanzi ; cependant nous ne sommes pas tout à fait de son avis pour deux raisons :

1° Tout en voulant admettre ses idées sur les phénomènes précurseurs de l'ossification du maxillaire inférieur, nous croyons que, pour ébranler d'abord et remplacer ensuite la théorie de Meckel sur ce sujet, il faudrait des études bien documentées et plus approfondies ;

2° Nous considérons comme actif l'élément biologique, et l'action mécanique musculo-dentaire n'est qu'un stimulant, accessoire même de l'activité biologique ; le stimulant principal réside dans l'évolution tout entière des dents.

Quand même les molaires n'arriveraient pas en contact les unes avec les autres, le maxillaire se développerait également par leur simple évolution.

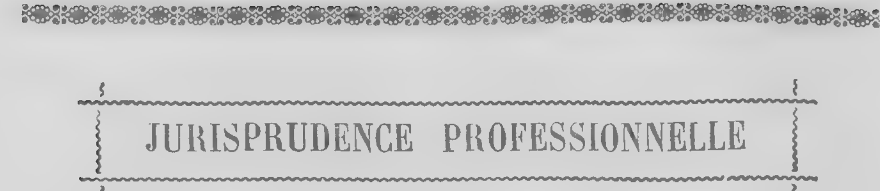
Les deux forces opposées du Dr Avanzi jouent, à notre avis, non seulement le rôle de stimulant de l'activité biologique, comme nous l'avons fait remarquer plus haut, mais aussi, vis-à-vis de la conformation du maxillaire, celui du gouvernail qui guide par le bon chemin la barque à destination.

Ant. P.

---

1. Sous ce nom « modifications de forme » nous croyons que le Dr Avanzi a voulu comprendre non seulement les formes différentes que le maxillaire prend au fur et à mesure qu'il se développe, mais le développement lui-même.

Voir la suite page 360.



L'Odontologie fait traiter ici par son collaborateur spécial les questions de jurisprudence que ses lecteurs désirent faire élucider.

PRIVILÈGE. — FRAIS DE DERNIÈRE MALADIE. — EXCLUSION DES SOINS DONNÉS A LA FAMILLE.

Tribunal de commerce de Villefranche-sur-Saône, 28 décembre 1900.

Les frais de dernière maladie, dont le paiement est garanti par le privilège de l'article 2101, § 3, Code civil, sont ceux dus en raison de soins donnés au débiteur lui-même, à l'exclusion de ceux afférents à des soins donnés aux membres de sa famille.

La *Gazette des tribunaux* du 12 mars 1903 reproduit cette intéressante décision.

On sait que la créance du dentiste est pourvue d'un privilège sur les meubles de son débiteur, privilège *général*, qui passe avant les privilèges spéciaux.

Mais, comme celui des médecins, il est limité aux frais de la dernière maladie, quelle qu'en soit la terminaison (L. 30 nov. 1892, art. 12).

On admet même ordinairement qu'il s'étend au cas de faillite du client et qu'il s'applique aux soins donnés à la femme commune en biens ou aux enfants du débiteur (Trib. Montargis, 3 mai 1860 ; — Trib. St-Amand-Montrond, 10 juillet 1860 ; — Trib. comm. Besançon, 1897, j. le *Concours médical*, 30 janv. 1897).

C'est par un motif d'humanité que cette règle a été introduite ; on a voulu éviter au débiteur obéré le refus de soins et récompenser, d'autre part, l'homme de l'art de son zèle mis au service de la souffrance et des risques qu'il court en soignant à crédit.

Autrefois le privilège n'était accordé que relativement à la maladie suivie du décès du débiteur (T. comm. Seine, 28 janv. 1834 ; — Trib. Seine, 5 août 1843 ; — Trib. Nantes, 13 déc. 1865).

Le jugement que nous rapportons donne au privilège une portée plus étroite, et peut, du reste, s'appuyer sur des précédents (Trib. comm., Chartres, 26 août 1865).

V. *Trib. ouverte*, 30 déc. 1901, n° 192.

F. W.

La loi dentaire des Iles Philippines.

Nous avons reçu de notre distingué collaborateur M. Louis Ottofy, de Manille, le texte de la loi du 10 janvier qui règlemente l'exercice de l'art dentaire aux Iles Philippines.

Aux termes de cette loi, le commissaire de la santé publique des Philippines est chargé de nommer, après avis du Conseil de santé, un jury de trois examinateurs dentaires diplômés d'écoles dentaires de bonne réputation reconnues par l'Association nationale des Facultés dentaires et l'Association nationale des examinateurs dentaires des Etats-Unis et assermentés

Ce jury se réunit deux fois par an pour examiner les personnes qui désirent exercer l'art dentaire et délivre le titre de chirurgien-dentiste à celles qui ont subi l'examen d'une façon satisfaisante et qui présentent un diplôme de docteur en médecine dentaire ou de docteur en chirurgie dentaire délivré par une école ayant l'existence légale. Cet examen porte sur l'anatomie, la physiologie, l'histologie, la physique, la chimie, la métallurgie, l'anatomie et la physiologie dentaires, la matière médicale dentaire, la thérapeutique, la pathologie et la bactériologie dentaires, l'orthodontie, la chirurgie buccale, la dentisterie opératoire et la prothèse dentaire.

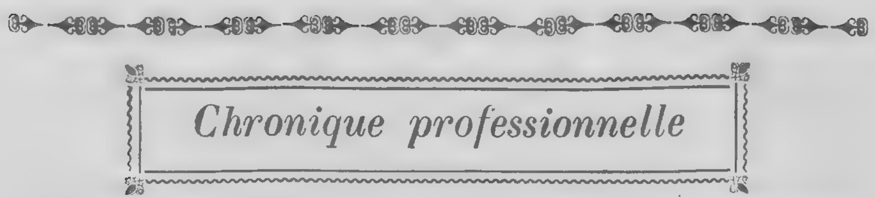
Deux mois après la première réunion de ce jury, l'exercice de la dentisterie aux Philippines sera interdit à toute personne qui ne sera pas pourvue d'un certificat d'inscription délivré par ledit jury, sauf aux chirurgiens-dentistes militaires des Etats-Unis. Toutefois, les jeunes gens qui ont étudié à l'Université de Manille la médecine pendant 2 ans et l'art dentaire pendant 4 mois peuvent être, après examen subi devant ce jury, inscrits comme gradués et exercer dans de petites villes éloignées, dépourvues de dentistes diplômés.

Les dentistes en exercice au moment de la promulgation de la loi sont tenus de se faire enregistrer dans les 2 mois par le secrétaire-trésorier du jury ; à défaut de ce faire, ils devront passer un examen devant ledit jury.

Sera considéré comme exerçant la dentisterie quiconque, moyennant rémunération, exécutera une opération totale ou partielle sur les dents ou mâchoires humaines, remplacera des dents, des maxillaires en entier ou partiellement, traitera des maladies ou lésions ou corrigera des malpositions, mais non celui qui confectionnera des dentiers artificiels ou appareils dentaires.

Le jury ne peut délivrer de diplômes aux individus condamnés pour crime, ayant une mauvaise conduite ou atteints de folie. De même, il peut retirer pour une de ces causes tout titre délivré par lui, sauf appel devant le Conseil de santé.

Ne pourront faire usage des qualifications de docteur ou licencié en chirurgie dentaire, docteur en médecine dentaire ou chirurgien-dentiste, que ceux qui seront valablement diplômés par une école, un collège, une université ou un jury d'examinateurs ayant qualité pour cela, sous peine d'une amende de 100 dollars au plus ou d'un emprisonnement de 3 mois.



Sous cette rubrique L'Odontologie *se tient à la disposition de ses lecteurs pour leur permettre de publier en toute indépendance leurs appréciations sur les questions de politique professionnelle. Toutefois le Comité de rédaction se réserve le droit de supprimer toute expression ou toute appréciation de nature à provoquer des polémiques personnelles.*

DES RESTAURATIONS NASALES PAR INJECTIONS DE PARAFFINE

Par L. DELAIR,
Chef de Clinique à l'École dentaire de Paris.

Manquer de nez a toujours, au propre et au figuré, passé pour une fâcheuse calamité. La vieille et spirituelle nouvelle de E. About peut donner une pâle idée des tribulations subies par le malheureux affligé de semblable mutilation. D'autre part, en avoir trop, comme le héros de Rostand, expose le propriétaire d'un appendice quelque peu proéminent à de déplorables conséquences. Le mieux, quand on le peut, est d'avoir un nez qui ne soit ni gros ni petit, qui tienne le juste milieu entre la pléthore et la pénurie. Il n'est pas jusqu'ici d'exemple que quiconque ait songé à se débarrasser de son superflu nasal, et pourtant, nombreux sont les Cyrano qui ne demanderaient qu'à échanger leur tubercule olfactif pour une protubérance moins saillante.

Est-on jamais content de ce qu'on a ? Tel qui possède ce nez droit, qui donne à la physionomie un air placide, trouve que siérait mieux à son visage un de ces fiers nez bourbonniens qui en imposent ; tel autre, au contraire, préférerait l'espiègle nez retroussé à l'organe large et aplati qui dépare son faciès et le rend plutôt disgracieux. Le camard envie le bien de celui qui est doué d'une trompe, de même que l'épaté jalouse le bec de corbin. Que de convoitises ne suscite pas cet organe aux formes et dimensions si multiples, aux fonctions si nécesaires ! Si les yeux reflètent l'intelligence, le nez ne donne-t-il pas au visage son expression particulière ? Pour le physionomiste, l'observateur, les yeux sont beaucoup, c'est vrai, mais le nez est tout. Rien qu'au nez, en effet, on reconnaîtra le magistrat, le financier, le comédien, le prélat, le pédagogue, le policier, le viveur, le bureaucrate ; mais encore, remarquez que je ne parle que des hommes, et l'on ne se trompera pas sur leur nationalité.

Quoi d'étonnant que ceux qui maudissent la marâtre nature de les avoir trop parcimonieusement pourvus, cherchent à grossir leur patrimoine nasal ! La chose serait-elle donc possible ? Parfaitement ! Une

utopie sans doute ? Point ! Ce doit être une opération épouvantable ? Pas du tout !

En 1899, un Autrichien, le Dr Gersuny, de Vienne, essayait une méthode des plus simples pour redresser ou grossir les nez insuffisamment développés ou effondrés. Ses essais furent heureux, et il eut depuis de nombreux imitateurs qui obtinrent les mêmes résultats que lui. La méthode de Gersuny consiste à injecter sous la peau une dose plus ou moins forte (cinq à quinze grammes) de paraffine. Une seringue spéciale à deux corps est nécessaire pour l'injection. Au moment de l'opération, la paraffine est introduite à l'état fluide dans la seringue, celle-ci se trouvant enfermée dans un second cylindre de verre dans lequel circule un courant d'eau tiédie à 65°. Voici comment le Dr Ed. Laval décrit l'opération dans *Le Caducée*, journal de chirurgie et de médecine, militaire. « De la main gauche l'opérateur soulève un pli de la peau dans l'endroit propice, il procède à l'injection. La peau doit être maintenue soulevée pendant toute la durée de l'intervention, et il importe qu'un aide délimite soigneusement avec le pouce et l'index la région que l'on veut exhausser, pour éviter que la paraffine ne fuse en des points inutiles. Ce premier temps doit se faire lestement et sans hésitation. La seconde partie de l'opération consiste dans le modelage de la paraffine injectée. Il doit être fait avec une très grande légèreté entre le pouce et l'index et en s'inspirant des règles de la plus pure esthétique. Comme soins consécutifs, il suffit de recouvrir la région opérée de quelques compresses d'eau bouillie. »

Comme on le voit, rien n'est plus simple, et pour peu que l'opérateur soit artiste, il peut avec goût modeler de droite et de gauche, élargir par ci, bosseler par là, et du nez embryonnaire de son opéré, faire le nez rêvé, l'organe idéal. Tout irait donc pour le mieux si cette manœuvre n'offrait quelque danger. Le Dr Laval cite en effet quelques cas d'embolie survenus à la suite d'injections sous-cutanées de paraffine, et que l'on peut attribuer, selon lui, à une injection faite trop peu de temps après une opération en plein tissu musculaire, ou à la pénétration de l'aiguille dans une veine dorsale du nez. Il est certain que, dans cette conjecture, la prothèse nasale du Dr Cl. Martin offre moins de risque, malgré la complication d'une intervention chirurgicale ; et que, pour peu que l'effondrement du nez choque grandement le regard, son tuteur métallique en croix doit être préférable. La méthode du Dr Gersuny devrait donc être surtout employée dans les cas où une légère dépression seulement fait désirer une esthétique plus correcte du visage.

Il existe une autre méthode, que nous étudierons prochainement, qui consiste à remédier à ces difformités par l'application d'un appareil redresseur.

Voilà donc pour ceux qui n'ont point de nez, qu'ils soient victimes

d'accidents spécifiques ou traumatiques. Nous passerons ensuite en revue les différents procédés de rhinoplastie prothétique, propres à rendre à la face un aspect moins disgracieux ; et ces travaux intéresseront d'autant plus les chirurgiens-dentistes que l'on peut dire qu'eux seuls sont qualifiés et outillés pour exécuter les appareils de prothèse squelettique nasale et que, presque seuls, ils sont aptes à apporter au chirurgien civil ou militaire leur concours manuel pour l'ajustage et la pose de pièces de prothèse chirurgicale.

CONFÉRENCE SUR L'HYGIÈNE DENTAIRE

M. Boutelié, chirurgien-dentiste, a fait, à l'*Union française de la Jeunesse,* une conférence *sur l'hygiène dentaire,* que l'abondance des matières nous empêche de publier dans son entier.

Il a commencé par un court aperçu historique de l'art dentaire à partir de l'antiquité, puis a exposé le programme des études dentaires actuelles. Abordant alors l'hygiène, qu'il définit « *une partie de la médecine*, partie préventive qui nous enseigne les moyens de conserver notre santé en nous indiquant la façon de nous préserver des influences nocives qui nous environnent », il place au premier plan l'hygiène de la bouche qui, suivant lui, « doit être l'objet des préoccupations constantes des éducateurs du peuple, c'est-à-dire des instituteurs et institutrices, des médecins et de tous les spécialistes ». Il s'étend sur le rôle de la cavité buccale, sur l'importance, pour l'économie générale, de l'intégrité de cette cavité.

« L'hygiène de la bouche, dit-il, a maintenant une base positive, la microbiologie, qui lui a donné l'explication de certains phénomènes pathologiques qu'elle peut prévenir plus sûrement.

» La bouche est, en effet, le réceptacle habituel d'un grand nombre de microorganismes, dont quelques-uns ont une influence atténuée, tels que le baccillus subtilus et le bactérium termo, mais dont beaucoup sont redoutables, le streptocoque, le pneumocoque, des variétés de sarcines dont l'énumération ferait frémir. En un mot, la bouche, par sa situation anatomique, sa température et son humidité, est un four carbonique richement ensemencé d'ennnemis de notre santé. »

Le conférencier passe ensuite en revue les agents qui peuvent causer la carie dentaire ou en activer les ravages et en profite pour entretenir son auditoire de la formation du tartre. Il examine alors les différentes altérations de la dent causées par la carie, en citant les quatre divisions ou degrés, qu'il définit avec clarté et précision. Il ajoute quelques explications relativement à l'influence de la dentition sur l'état général : maladies de l'estomac, accidents oculaires,

maladies de la gorge et du nez etc., relativement au résultat des maladies des dents sur le physique et le moral. Il signale l'importance du régime alimentaire sur la constitution chimique des dents, en particulier pendant la grossesse.

Il démontre « le besoin impérieux pour les femmes pendant la grossesse, d'un régime sévère comportant l'absorption d'aliments contenant la plus grande proportion de phosphore ou de nucléïnes phosphorées les plus facilement assimilables ; le pain complet, les farines de froment, d'avoine, les viandes de boucherie, graisses, huiles, les œufs, le lait et les produits dérivés, crème, beurre, fromage frais, tous les poissons en général, les huîtres, les végétaux et produits végétaux, légumes verts, etc., etc., les eaux minérales calcaires et ferrugineuses.

« Cette alimentation d'une urgence absolue pour compenser les pertes de richesse calcaire causées par la grossesse doit aider puissamment la femme pendant l'allaitement.....

« Le meilleur aliment propre à favoriser une bonne structure dentaire chez l'enfant est le lait de la mère.

« L'alimentation des nourrissons exerce une influence capitale sur la date de sortie des premières dents, ainsi que sur leur calcification.

» En général, les enfants nourris au sein n'ont pas à souffrir de la dentition ; chez eux l'évolution des dents s'effectue aux époques normales. Au contraire, l'alimentation artificielle entraîne une dégénérescence plus sensible dans la bouche qu'ailleurs ; il s'ensuit des retards dans la sortie des dents et une grande prédisposition à la carie.

» C'est un devoir pour le dentiste d'engager les mères à renoncer à l'alimentation artificielle et à nourrir elles-mêmes leurs enfants. »

Le conférencier indique les soins à prendre pour préserver de la carie les dents de l'enfant. Il recommande de nettoyer la bouche de l'enfant dès sa naissance. Comme règles d'hygiène buccale il préconise l'examen semestriel de la bouche par le dentiste, le nettoyage journalier de la bouche, l'usage de la brosse à dents et le nettoyage annuel des dents par le dentiste, il met en garde contre les dentifrices blanchissant rapidement l'émail.

Il termine en signalant l'inertie des pouvoirs publics en matière d'hygiène générale et d'hygiène dentaire en particulier, et recommande l'organisation dans tous les établissements scolaires de conférences sur l'hygiène dentaire et d'un service d'inspection dentaire gratuit et obligatoire, complété par un dispensaire voisin où seraient donnés les soins de bouche. Il passe sommairement en revue à ce propos ce qui a été fait en France et à l'étranger et conclut en disant qu'il reste encore à peu près tout à faire à cet égard dans notre pays.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

QUESTIONS POSÉES AUX EXAMENS DE CHIRURGIEN-DENTISTE

PREMIER EXAMEN

M. Chantemesse.

Muscles qui font mouvoir la mâchoire inférieure. — Nerfs intervenant dans la sensation du goût. — Innervation du cœur. — Pancréas. — Nerfs innervant le voile du palais. — Quantité de bile fournie en 24 heures. — Sécrétion lactée.

La salivation est-elle un acte réflexe? Son mécanisme. — Corde du tympan. — Ganglions du cœur. — Plancher du quatrième ventricule.

M. Jalaguier.

Masséter. Fémur. — Bassin. Pied. — Os du carpe. — Os maxillaire supérieur. — Différents sinus. — Par où sort du crâne le nerf maxillaire inférieur?

Pneumogastrique. — Muscles du pharynx. — Glande sous-maxillaire. — Fosses nasales.

M. Cornil.

Quels sont les diverses espèces d'os? Qu'est-ce qui les distingue? — Quel est cet os (première côte)? — Quel est cet os (sternum et cartilages costaux). Son anatomie? — Parler des vertèbres. — Où est logée la glande parotide?

Comment se fait la sécrétion dans une glande? — Sur le 1/2 crâne, qu'est-ce que ceci (cornet inf.)? — Montrer le cornet inférieur. — Montrer le trou sous-orbitaire. Qu'est-ce qui y passe?

Qu'est-ce qui sépare le ventricule droit de l'oreillette droite? — Quelle est la valvule entre l'oreillette gauche et le ventricule gauche? — Qu'est-ce qui se passe pendant la systole cardiaque? — Qu'est-ce que le cément? — Quelles sont les glandes salivaires? — Qu'est-ce qu'un follicule clos?

Qu'est-ce qui passe par le trou optique? — Comment se fait la sécrétion rénale? — Comment s'appellent les conduits excréteurs du rein? — Quelle est la structure de la dentine? — Quelle est la structure des os? — Qu est-ce qu'on appelle des capillaires? — Comment les capillaires sont-il formés? — Comment se fait la circulation dans les capillaires, dans les artères, dans les veines?

Qu'est-ce que l'émail? Sa composition? — Noms des diverses couches des os du crâne. — Quel est cet os (omoplate)? Qu'est-ce que cette apophyse (acromion)? — Quelles sont les veines du cou? Dans quel sens se fait la circulation? — Qu'est-ce que la langue? — Qu'est-ce que cet os (humérus)? Son anatomie? — Qu'est-ce que cet os (radius)?

Anatomie du maxillaire inférieur. — Qu'est-ce que cet os (péroné)? — Qu'est-ce que cet os (fémur)? Son anatomie.

Quelle est la différence entre les aliments ternaires et quaternaires?

— Quels sont les aliments hydro-carbonés ? — Où se digèrent les aliments azotés ? — Où se digèrent les aliments féculents ?

Qu'est-ce qu'un tissu ? — Comment se présentent les cellules cartilagineuses ? — Comment est disposé le tissu cartilagineux ? — Combien de sortes de cartilages y a-t-il ?

Etant donné une vertèbre, montrer ses diverses parties. — Qu'est-ce que la peau ? — Os iliaque. Montrer les principales insertions musculaires. — Articulation coxo-fémorale ?

Où se fait l'hématose ? — Quelle est la disposition des capillaires du poumon par rapport aux alvéoles pulmonaires ? — Qu'est-ce qu'une muqueuse ?

Etant donné une vertèbre, dire à quelle région elle appartient. — Corde du tympan. — Histologie d'une glande salivaire. — Quelle est la différence entre la salive parotidienne et la salive de la glande sous-maxillaire ? — Quelles sont les cavités du cœur ? — Qu'est-ce que les bruits du cœur ? — Qu'est-ce qu'un muscle ? — Que distingue-t-on dans un muscle (histologiquement) ? — Comment agissent les muscles ? — Comment se terminent les nerfs moteurs dans les muscles ?

Structure de la peau ? — Qu'est-ce que une papille ? — Parler des papilles du voile du palais. — Qu'est-ce qu'un ostéoblaste ? En trouve-t-on sur un os sec ? — Qu'est-ce que l'amygdale ?

Qu'est-ce qu'une glande ? Le thymus est-il une glande ? Quel liquide sécrète-t-il ? — Parler des glandes muqueuses. — Qu'est-ce que le sébum ? — La prostate est-elle une glande ? — Parler de la glande sous-maxillaire. Comment s'y fait la sécrétion ? — La langue a-t-elle des glandes ? Qu'est-ce que les papilles gustatives ? Leur histologie ? Qu'est-ce que les bourgeons du goût ? — Parler des cryptes amygdaliennes.

Développement des dents. — Parler de la muqueuse linguale. — Rôle de la bile. — Quelle différence y a-t-il entre la muqueuse linguale et la muqueuse buccale ?

M. Cunéo.

Nerfs des dents. — Par où passe le nerf maxillaire supérieur ? — Qu'est-ce que l'émail ? — Qu'est-ce qui le constitue ? — Qu'est-ce que les prismes de l'émail ? — Qu'est-ce que l'ivoire ? — Qu'y a-t-il dans les canalicules dentinaires ? — Est-ce que les dents ont des lymphatiques ? — Qu'est-ce que le cément ? — Qu'est-ce que les cémentoblastes ?

Qu'est-ce que le périoste alvéolo-dentaire ? — Développement de la dent. — Sous quelles influences se fait l'éruption de la dent ? — Qu'est-ce qui sert de guide à la dent ? — Qu'est-ce qui innerve les dents à la mâchoire inférieure ? — Muscles masticateurs.

M. Delbet.

Veine porte. — Hile du poumon. — Thymus. — Histologie de la muqueuse linguale. — Histologie de la muqueuse gingivale. — Nerf dentaire inférieur. — Ostéologie de la voûte palatine. — Trou palatin antérieur, artères palatines.

Foie et bile. — Nerf maxillaire supérieur. — Pancréas. Comment appelle-t-on le conduit excréteur du pancréas ? — Par où passe la carotide interne ? —Par où passe le nerf maxillaire inférieur ? — Trou occipital. Qu'est-ce qui y passe ? — Rapports du duodémum. Où passe le canal déférent ? — Comment se divise le nerf sciatique ? — Où passe le nerf crural ?

Décrire l'urèthre chez l'homme. — Comment sont formés les canaux éjaculateurs ?

Y a-t-il des dents dont les racines sont saillantes dans le sinus maxillaire ? — Par quel alvéole peut-on arriver le plus facilement dans le sinus ? — Poumon, respiration. Sécrétion salivaire. — Comment agit la corde du tympan sur la glande sous-maxillaire ? — Nerf lacrymal. Urine : réaction, sucre, albumine, urée.

M. Langlois.

Corde du tympan. — Systole cardiaque. — Nombre des battements du cœur à la naissance. — Pouls. — Qu'est-ce qu'un hémophilique ? — Peut-on par la voie gastrique rendre le sang plus coagulable ?

Quelle est la composition de la dentine au point de vue chimique ? — Fonctions du foie : fonction glycogénique. — Muscles du voile du palais. — Déglutition : son mécanisme. — Par quoi est constituée l'épiglotte ?

Salive. — Est-ce que les albuminoïdes sont attaqués par la salive ? — Comment peut-on s'assurer qu'il y a des peptones dans un liquide quelconque ? — Quelle est la quantité d'urine émise en vingt-quatre heures ? — Comment reconnaître le sucre dans les urines ?

Nerfs moteurs des mâchoires. — Quels sont les mouvements existant dans la mâchoire humaine ? — Comment est innervé le digastrique ? — Quelles sont les variations entre l'air qui entre dans nos poumons et l'air qui en sort ? — Pneumogastrique. Si l'on excite le pneumogastrique, qu'est-ce qui se passe du côté du cœur ? — Qu'est-ce que le choc du cœur. Où le perçoit-on ? — Qu'est-ce que la pression sanguine ? — Est-ce que le pouls permet de connaître la pression sanguine ?

Qu'est-ce que le cervelet ? — A quoi sert-il ? — Quand on enlève le ganglion de Gasser, que se passe-t-il ? — Quels sont les muscles de la langue ? — Quels sont les nerfs de la langue ? — Quelles sont les fonctions du nerf lingual ?

Expliquer le mécanisme de la sécrétion urinaire. — Vessie. — Quelle est la quantité d'urine que peut contenir la vessie ? — Parler de la prostate.

Qu'est-ce qu'une muqueuse en général ? — Parler de l'épithélium de la cavité buccale. — Quelles sont les fonctions de la corde du tympan ? — Comment peut-on démontrer la fonction vaso-dilatatrice de la corde du tympan ? — Quelle différence y a-t-il, au point de vue des sécrétions, entre la glande sous-maxillaire et la parotide ?

Physiologie du cœur. — Quelle est la quantité de sang que le cœur lance à chaque contraction ? — Quelle est la pression du sang dans l'aorte ? — Qu'est-ce que la glande thyroïde ? — Quelle est la différence entre le plasma et le sérum ? — Y a-t-il un procédé chimique pour

recueillir le sang sans qu'il se coagule ? — Quelle est la couleur du plasma ? — Quelle est la composition du globule rouge ? — Qu'est-ce que l'hémoglobine ? Quel est le corps simple qui la caractérise ? — Parler de la lymphe. — Que savez-vous sur les globules blancs ?

Que savez-vous sur le voile du palais ? — Quels sont les muscles du voile du palais. Leur innervation ? — Quelle est la composition de l'air ? — Combien de temps peut-on rester sans respirer ? — Quelle est la quantité d'oxygène que l'on absorbe par minute ?

Quels sont les nerfs qui assurent la sensibilité des dents du maxillaire inférieur ?

Muscles masticateurs ; innervation. — Bruits du cœur. — Muqueuse buccale. Glandes de cette muqueuse. — Composition du sang. — Dentition ; développement des deux dentitions. — Glandes salivaires. — Trijumeau. — Urine, composition. — Œsophage ; mouvements de l'estomac. — Pancréas. Digestion pancréatique. — Amygdales. Trompe d'Eustache. — Intestins, sécrétion, absorption. — Déglutition. — Nerf spinal. — Composition de la salive. — Sécrétons-nous continuellement des poisons ?

Sécrétion salivaire. Comment se fait la salive ? — Quels sont les nerfs sécréteurs ? — Coagulation sanguine. Causes. Qu'est-ce qui la favorise ? — Composition de l'urine. — Quels muscles le facial innerve-t-il?

Fonctions du mylo-hyoïdien. — Branches du trijumeau. — Le pouls aux différents âges. Quantité de sang dans l'organisme. — Physiologie de l'estomac. Sa capacité. — Pancréas.

Composition chimique des dents. — Y a-t-il des animaux qui ont une dentition plus forte que l'homme ? — Qu'est-ce qu'une veine ? — Qu'est-ce que le systéme porte ? — Quantité d'hémoglobine par litre. — Nerf maxillaire supérieur. — Composition de l'urine.

Mouvements de la mâchoire. Par quels muscles ces mouvements sont-ils produits ? Leur innervation ?

Le sel de la salive humaine. — Sécrétion gastrique.

Nerfs sensitifs de la cavité buccale. Sensibilité de la luette. Gustation. — Circulation générale.

Masse du sang. — Eléments de l'urine. — Nutrition des dents ; dents temporaires, dents permanentes. — Respiration. Echanges respiratoires. — Moelle épinière. Qu'est-ce qu'un réflexe ? — Innervation des muscles de la langue. — Mouvements de l'estomac, vomissements. — Mouvements de déglutition. Rôle des muscles du voile du palais et des piliers. — Nerf phrénique et muscle diaphragme. — Vessie. Mixtion. Quantité d'urine.

M. Launois.

Crâne d'un fœtus. — Qu'est-ce qu'une fontanelle ? — A quel âge disparaît la grande fontanelle ? — A quel âge pousse la première dent ? — Arrive-t-il qu'un enfant naisse avec une dent ?

Apophyses géni. — Trou mentonnier. A quel niveau est-il situé par rapport à l'arcade dentaire ? — Qu'est-ce qui sort du trou mentonnier ? — Est-ce que cela a de l'importance pour le dentiste de connaître le

siège du trou mentonnier ? — Quel est le nerf secrétoire de la glande sous-maxillaire ?

Pourquoi l'appelle-t-on corde du tympan ? — Articulation temporo-maxillaire. — Muscles masticateurs. — Action des muscles ptérygoïdiens. — Innervation des muscles masticateurs. — Nerf lingual. — Nerfs de la langue. — Muscles de la langue. — Os hyoïde. — Nerf facial. — Quel est le nerf accolé au nerf facial ? — Nerf intermédiaire de Wrisberg.

Trajet de la corde du tympan. — Ganglion sous-maxillaire. Qui a déterminé son rôle ? (Claude-Bernard.) — Quand on irrite la corde du tympan, que se passe-t-il ? — Canal dentaire inférieur. — Branches de la maxillaire interne. — Ménisque inter-articulaire de l'articulation temporo-maxillaire.

M. Lejars.

Qu'est-ce qui passe par l'échancrure sigmoïde ? — Cartilage de Meckel. — Piliers du voile du palais. — Couleur de la rate. — Ligaments de l'articulation temporo-maxillaire. — Comment divise-t-on les nerfs ? Quelle est leur couleur ? — Parler du nerf médian.

Qu'est-ce qui s'attache à l'arcade zygomatique ? — Insertions du digastrique. — Où se trouve la glande sous-maxillaire ? — Division de l'intestin. — Différence entre l'évolution des dents des rongeurs et des dents de l'homme.

M. Poirier.

Comment se développe le maxillaire inférieur ? — Citer d'autres os qui se développent aux dépens du cartilage de Meckel. — Muscle mylo-hyoïdien. Ses insertions et son usage. — Différence anatomique entre les muscles à fibres lisses et les muscles à fibres striées. Citer des organes à muscles lisses.

Comment concevez-vous qu'un client pâlisse en entrant chez le dentiste ?

Nerfs qui animent les muscles de la face. — Trajet du facial. — Quelle est la portion du maxillaire inférieur qui est en rapport avec la glande sous-maxillaire ?

Nerf qui anime le ptérygoïdien interne. — Où naît la portion motrice du trijumeau ? — Où est l'origine apparente du trijumeau ? — Quelle idée avez-vous de la sécrétion rénale ?

Comment est composé le glomérule de Malpighi ? — Vaisseau lymphatique, sa constitution. Y en a-t-il beaucoup dans la bouche ? Où sera l'adénite dans le cas d'infection de la lèvre inférieure ?

Articulation d'une dent avec son alvéole. — Qu'est-ce qui se développe le premier, la racine où l'alvéole ? — Quel nerf donne la sensibilité au nez ? — Ptérygoïdien externe, sa constitution, ses faisceaux. — Où s'ouvrent les sinus frontaux ? — Quels sont les orifices que l'on trouve dans le méat moyen ? — Quel orifice trouve-t-on à la partie la plus reculée du méat inférieur ?

Os qui constituent la voûte palatine. — Glande parotide. Ses rapports avec les organes voisins. — L'acte de la sécrétion salivaire. Comment

se forme la salive? Un décapité peut-il continuer de sécréter de la salive? — Cloison qui sépare les deux oreillettes. Pourquoi est-elle ouverte chez le fœtus? — Quels sont les sillons qu'on remarque sur la face interne d'une voûte crânienne?

Quelle différence y a-t-il entre une empreinte des veines et celle d'une artère sur un os? — Causes de la progression du sang dans les vaisseaux. — Avez-vous observé la circulation dans les capillaires? Comment faites-vous pour l'observer? Que voit-on au microscope? — Les globules blancs et les globules rouges circulent-ils de la même façon dans le sang? — Qu'est-ce que la moelle épinière? Son anatomie macroscopique. — Où commence-t-elle? Où finit-elle?

M. Quénu.

Rapports de la glande sublinguale. — Région parotidienne. — Nerf grand hypoglosse. — Région sous-maxillaire. — Voile du palais. — Sinus maxillaire. — Isthme du gosier. — Orifice pharyngo-nasal. — Le pharynx. — Structure de la langue, ses muscles.

M. Rémy.

Crosse de l'aorte. — Partie du système nerveux comprise dans le crâne.

Voies respiratoires. — Qu'est-ce qui entoure le poumon? — Poumon. divisions. — Cordes vocales. — Estomac. — Appareil génital de l'homme. — Diaphragme. — Larynx. — Capsules surrénales.

Nerfs crâniens. — Qu'est-ce que l'ovaire? Qu'est-ce que l'utérus? — Combien de lobes au cerveau? — Qu'est-ce qu'un os? Conformation au point de vue histologique. — Qu'est-ce qui recouvre une extrémité osseuse? — Où se trouvent la glande lacrymale, le sac lacrymal? — Nerf lingual. — Os maxillaire inférieur.

Sinus maxillaire; où se trouve sa partie la plus déclive? — Insertions des muscles ptérygoïdiens. — Fosse canine. — Trou sous-orbitaire. — Orifice de communication du sinus maxillaire avec les fosses nasales. — Glande sous-maxillaire. — Os qui constituent la voûte palatine. — Différentes parties du maxillaire inférieur. — Buccinateur. Insertions. Quel est le canal glandulaire qui le traverse? — Innervation des ptérygoïdiens.

Embryologie de la dent. — Trou occipital. Trou déchiré postérieur. — Quel est l'orifice par où s'écoulent les larmes dans le nez? — Combien y a-t-il de dents de lait? — Où va aboutir le canal excréteur de la glande sous-maxillaire? — Où s'ouvre le canal de Sténon? — Y a-t-il des glandes accessoires à la glande parotide? — A quelle époque apparaît le maxillaire inférieur? Est-il précédé d'un cartilage?

Muscles peauciers. — Orbiculaire des lèvres; sur quoi prend-il son point d'appui? — Y a-t-il une artère dans les lèvres? — Innervation des muscles de la face. — Combien le trijumeau a-t-il de branches? — Quelle est l'origine des dents? — Myéloplaxes. — Golfe de la jugulaire interne. — Fente sphéno-maxillaire. — Fosse ptérygoïdienne. — Artère faciale et ses branches.

De quels muscles est formé le voile du palais? — Insertions du di-

gastrique. — Papilles caliciformes. — Où passent les nerfs olfactifs? — Articulation de la mâchoire inférieure. — Moyens d'union extra-articulaires. — Quelle est la première dent qui apparaît chez l'enfant? — Os inter-maxillaire ; dans quel cas voit-on cet os? — Partie de l'os palatin visible sur la voûte palatine. — D'où vient l'artère palatine? — Masséter.

Sinus frontal. — Sinus maxillaire ; quelle est sa dimension ; par où est-il accessible pour le dentiste? — Orifice de sortie du nerf maxillaire supérieur. — Ganglion sphéno-palatin. — Insertions du muscle temporal. — Branches de l'artère maxillaire interne. — Où passe l'artère méningée moyenne? — Par où passe le nerf dentaire inférieur? — Canal de Warthon.

Os qui font partie de l'orbite. — Qu'est-ce que la dure-mère? — Quelle différence y a-t-il entre la couronne et les racines? — Où s'insère le muscle mylo-hyoïdien? — Quels sont les os qui composent la voûte du crâne? — Trajet du canal de Sténon. — Est-ce que la gencive est adhérente à la dent?

Cavités du cœur. — Vaisseaux qui arrivent au cœur. — Rein. — Poumon. Voies respiratoires venant y aboutir. — Intestin. Volume du gros intestin et de l'intestin grêle. — Qu'appelle-t-on mésentère? Valvules conniventes? — Rectum. — Cardia.

Testicule. — De quoi se compose le cordon spermatique? — Ovaire. — Corps thyroïde. — Péritoine. — Parties du canal de l'urèthre. — Constitution de la verge.

Diverses parties de l'encéphale. — Enveloppes du cerveau. — Lèvres. — D'où vient le nerf sciatique? — Cavités du cerveau. Fonctions des noyaux nerveux centraux.

M. Rieffel.

Nerf maxillaire inférieur. — Ligaments de l'articulation temporo-maxillaire. — Encéphale. — Muscles inspirateurs. — Muscles expirateurs. — Voûte palatine. — Cellule hépatique. — Veine cave inférieure. — Eruption des dents.

Œil. Membranes. Nom de la membrane interne qui sert à la vision. — Canal dentaire inférieur. — Cartilage de Meckel. — Situation du trou mentonnier aux différents âges. — Sac folliculaire. — Trou sphéno-palatin. — Artère de la cuisse. Nerfs de la cuisse. — Triangle de Scarpa. — Muscle mylo-hyoïdien. — Y a-t-il beaucoup de ganglions dans la région sous-maxillaire? Ganglion de Chassaignac.

Squelette de la main. — Muscles qui font fermer les doigts. — Muscles interosseux. — Glande parotide. — Os du pied. — Oreille moyenne. — Pharynx. — Larynx. — Intestin grêle. — Gros intestin. — Situation, trajet et division du système nerveux central. — Muscles de la fesse. Ligament de Bertin. — Trou occipital. Par où passe le nerf maxillaire supérieur? — Estomac. — Canal hépatique. — Articulation tibio-tarsienne — Division des vertèbres.

Canal de l'urèthre ; longueur. — Vagin. Sa situation, sa longueur. — Les grandes lèvres et les petites lèvres. — Cœur. Cavités du cœur. Aorte. Veines pulmonaires. — Ischion. — Ovaire. — Muscles posté-

rieurs de la cuisse. — Voile du palais ; piliers postérieurs et antérieurs. — Foie et grosse veine qui va dans le foie. — Prostate.

M. Sebileau.

Artères de la cuisse. — Qu'est-ce que la cornée transparente? — Qu'est-ce que le sac lacrymal? — Qu'est-ce que le rectum (longueur, rapports ; partie rectale, partie anale)? — D'où viennent les artères du rectum ? — Différence entre le muscle strié et le muscle lisse? — Les vésicules séminales sont-elles en rapport avec le rectum?

Qu'est-ce que la glotte ? — Qu'est-ce qui forme la corde vocale? — Qu'est-ce que le médiastin. Ses limites? Qu'est-ce qui le divise? — Quels sont les organes cheminant le long de la colonne vertébrale dans la cage thoracique? — Parler du canal thoracique.

Nerf récurrent. — Qu'est-ce que la glande thyroïde? — Montrer les apophyses ptérygoïdes. — L'aile interne a-t-elle quelque chose de particulier? — Rôle du pérysthaphilin externe. — Qu'est-ce que la trompe d'Eustache. Son rôle? — Montrer la fente sphénoïdale, dire ce qui y passe. — Qu'est-ce que l'ombilic? Le cordon ombilical? — Qu'est-ce que le placenta?

Quelles sont les branches de l'aorte dans l'abdomen? — Nerf vidien. Nerfs palatins. — Qu'est-ce que l'iris? — Qu'est-ce que l'accommodation ? — Qu'est-ce que la prostate? Où est-elle située? Son poids; avec quoi elle est en rapport? — Parler de l'artère maxillaire interne. Où va-t-elle? Son trajet. — Artère temporale. Où le muscle temporal reçoit-il ses nerfs ? — Glande thyroïde au point de vue anatomique. — Qu'est-ce que le bulbe rachidien ?

M. Thiéry.

Qu'arrive-t-il si l'on arrache les incisives supérieures et inférieures à un écureuil? — Maxillaire inférieur. — Cartilage de Meckel. — Différence du maxillaire chez un enfant, un adulte et un vieillard. — Muscles masticateurs. — Insertions du massèter. — Muscle buccinateur. Nerf buccal. — Branches du nerf maxillaire inférieur. Nerf facial. Sinus maxillaire.

Muscles du voile du palais. — Quel est le muscle qui est dans l'épaisseur de la luette? — Où s'ouvre la trompe d'Eustache? — Artère maxillaire interne, ses branches. — Y a-t-il plusieurs branches terminales à la carotide interne? Où se termine-t-elle? — Nerf lingual, ses rapports. Y a-t-il un ganglion nerveux annexé au nerf lingual? — Qu'appelle-t-on infundibulum?

Muscles de la lèvre inférieure. — Muscles de la région sus-hyoïdienne. — Par quoi est limitée la région sous-maxillaire? — Branches de l'artère linguale. — En quoi une tête de fœtus diffère-t-elle d'une tête d'adulte? — Muscles de la lèvre supérieure. — Comment se développe une dent? D'où vient l'émail?

Qu'est-ce que l'os incisif interne et l'os incisif externe? — Muscles de la région sous-hyoïdienne. Leur innervation. — Que savez-vous des papilles de la langue? — Que savez-vous sur les piliers du voile du palais? — D'où viennent les nerfs des dents du maxillaire supérieur? —

Muscles ptérygoïdiens. — Qu'appelle-t-on épine du sphénoïde ? — Oreillette droite du cœur. — Trou de Botal.

Orifice du sinus maxillaire. Où se trouve-t-il? Ses dimensions ? — Comment sont les dents des carnivores ? — Comment sont les condyles chez l'homme ? — Insertions du digastrique. — Ligaments extrinsèques de l'articulation temporo-maxillaire. — A quoi sert le plexus brachial ? — Nerfs du bras et de l'avant-bras. — Où se détache le nerf lingual du nerf maxillaire inférieur ? — Où s'ouvre le canal de Warthon ? — Triangle de Pyrogoff. Os palatin. — Ganglion de Meckel. — Mâchoire du cheval, du chien. — Développement du maxillaire inférieur. — Ganglion sphéno-palatin. — Insertions du temporal. — Où s'ouvre le canal lacrymo-nasal dans le méat inférieur ? — Différence entre les cornets supérieur et inférieur des fosses nasales.

Parler du développement d'une dent ; origines de l'émail et de l'ivoire. — Quelle est la première dent qui fait son apparition et à quel âge ? — Pourquoi observe-t-on les accidents de dent de sagesse, plus fréquemment au maxillaire inférieur qu'au maxillaire supérieur ? — Comment distingue-t-on le maxillaire d'un enfant du maxillaire d'un vieillard sans considérer les dents ? Parler du développement du maxillaire inférieur. Reste-t-il chez l'adulte des vestiges du cartilage de Meckel ? — Quels sont les muscles des piliers du voile du palais ? Parler des diverses amygdales, de leur siège. — Parler du nerf lingual. — Parler de l'antre d'Higmore. Limites et dimensions de son ouverture dans les fosses nasales.

Parler de l'artère maxillaire interne. Quelles sont ses branches qui vous intéressent ? — Quels sont les orifices du cœur ? — Quels sont les muscles de la face ? Leur innervation. — Parler des glandes salivaires.

Quels sont les orifices que l'on rencontre dans les méats des fosses nasales ? Qu'y a-t-il entre l'infundibulum et le sinus frontal ? Où se trouve le cornet de Bertin ? Quel autre nom donne-t-on aux petites ailes du sphénoïde ?

Montrer sur l'os maxillaire inférieur l'épine de Spix et dire ce qui s'y insère. Qu'est-ce qui passe dans le trou dentaire inférieur ? — Montrer la fosse de la glande sublingale. Montrer la ligne mylo-hyoïdienne ? — Parler du nerf maxillaire inférieur, de ses branches.

Citer les deux autres branches du trijumeau. — Parler de l'innervation de la langue. — Montrer sur le crâne le trou sphéno-palatin, la fosse jugulaire, le canal ptérygo-palatin, la fente sphéno-maxillaire, le trou ovale. — Par où passe le nerf maxillaire inférieur ? — Quel muscle s'insère sur le ligament ptérygo-maxillaire ? — Parler du grand hypoglosse. — Qu'est-ce que l'espace maxillo-pharingien ? Enumérer les nerfs de la langue. Parler du nerf lingual. — Dites-moi ce que vous savez sur l'artère faciale. — Parler de l'os incisif. — Quels sont les muscles de la face ? (Insertions de quelques-uns.) — Citez les grosses branches de l'aorte thoracique. — Dessiner la dimension d'un des lobes du corps thyroïde. — Parler du canal thoracique. — Dites-moi ce que vous savez sur l'épiglotte. — Quel est le trajet de l'artère linguale ? — Parler de la glande sous-maxillaire. — Parler des amygdales. — Le sinus maxillaire. Quels sont les os qui retrécissent son orifice ? — Quels

sont les muscles du pharynx? — Qu'est-ce que les lignes du contour d'Owen dans la dent? — Quel nerf innerve les papilles caliciformes? — Quels sont les nerfs de la langue?

Quand vous faites une extraction, qu'est-ce qui donne la sensibilité? — Quels sont les orifices du cœur? Lesquels ont des valvules? — Quels sont les muscles de la langue? — Par quoi le bouquet de Riolan est-il formé?

Le ligament ptérygo-maxillaire donne-t-il insertion à des muscles? — Citer les muscles du pharynx. — Quelle est l'origine de l'ivoire? — Comment la dent est-elle enchâssée dans le maxillaire? — Carotide. — Evolution de la dent. — Papilles caliciformes. Où sont les organes gustatifs? — Qu'y a-t-il dans le pilier antérieur du voile du palais? — En quoi une dent de sagesse diffère-t-elle des autres molaires? — Si chez un individu on trouve trois incisives, comment appelle-t-on la surnuméraire?

Quel nom a l'orifice du canal de Warthon? — Muscles de la face. Leur innervation. — Qu'est-ce qui innerve le nerf buccal? — Que veut dire buccinateur? — Branches du ganglion de Meckel. — Comment tient la dent dans le maxillaire? — Qu'a de spécial le nerf auriculo-temporal? — Qu'est-ce que les stries d'Owen? — Quelle différence y a-t-il dans l'implantation de la dent de sagesse inférieure et de la dent de sagesse supérieure? — Quel nerf passe sur l'hyo-glosse? — Quel nerf passe sous l'hyo-glosse? — Os incisif. — Ouverture du sinus dans les fosses nasales. — Glandes géniennes.

M. Richet.

Salive parotidienne. — Canal de la glande sous-maxillaire. — Salive résultant des trois glandes salivaires. — Propriétés du ferment salivaire. — En chauffant la salive conserve-t-elle ses propriétés? — Réaction salivaire. — Action des nerfs sur la langue. — Y a-t-il du poison qui agisse sur la sécrétion salivaire? — Proportions des matières solides dans un litre de salive. — Microbes de la salive. — Y a-t-il un moyen d'obtenir de la salive antiseptique?

Qu'est-ce qu'un ferment soluble. — Différence entre un ferment soluble et un ferment figuré. Quelques ferments solubles. — Action de la chaleur sur les ferments. — Substances analogues à la ptyaline. — Y a-t-il des ferments figurés dans l'organisme? — Qu'appelle-t-on antiseptique? — Qu'appelle-t-on anesthésiques? Comment les divise-t-on? — Sur quels éléments du système nerveux agissent-ils? — Comment se présente un chloroformé? — Qu'est-ce qu'une action réflexe? En citer quelques-unes dans la bouche. — Qu'appelle-t-on syncope? — Qu'est-ce qui caractérise l'asphyxie? — Action du pneumogastrique sur le cœur. — Caractères d'une syncope. — Combien de temps faut-il pour mourir asphyxié?

Composition de l'air. — Quelle est la quantité d'acide carbonique dans l'air expiré? — Quel est l'appareil régulateur du cœur? — Pourquoi transpire-t-on? — Que rendons-nous dans une expiration? — Quel est le maximum de température?

LIVRES ET REVUES

Nous rappelons à MM. les Auteurs et Éditeurs que tous les ouvrages dont ils nous envoient deux exemplaires sont annoncés et analysés (s'il y a lieu). Les ouvrages doivent être adressés à M. LE RÉDACTEUR EN CHEF, 45, *rue de La Tour-d'Auvergne.*

LIVRES REÇUS.

Nous avons reçu de M. Arthur Scheuer, chirurgien-dentiste à Teplitz (Bohême), une brochure intitulée : *La coloration des émaux en art dentaire (Das Färben von Glasflüssen für zahnärztliche Zwecke).* L'auteur rend compte des essais qu'il a faits dans cet ordre d'idées en collaboration avec un de ses confrères, le professeur Willert, de l'école de céramique de cette ville.

Le même auteur nous a adressé des tirages à part d'articles qu'il a publiés sur l'extraction dentaire et l'hygiène de la bouche et des dents, dans les journaux *Österreichische Zeitschrift für Stomatologie* et *Gesundheitslehrer.*

Nous avons reçu également de M. Guerini un rapport adressé au Ministre de l'Instruction publique d'Italie sur la session de Stockholm de la F. D. I. à laquelle il était délégué par le Gouvernement italien.

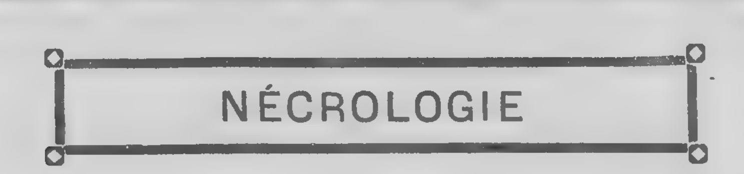
Nous avons reçu enfin un exemplaire du *Dictionnaire dentaire*, par M. Jean Chateau. 1 vol. in-18 de 280 pages, cartonné : 3 fr. (Librairie J.-B. Baillière et fils, 19, rue Hautefeuille, à Paris.

Dans cet ouvrage M. Chateau passe en revue les maladies de la bouche et des dents qui se présentent journellement dans la pratique ; les localisations buccales et dentaires qui compliquent et aggravent les maladies générales, la tuberculose, la syphilis, etc. ; les anesthésiques usuels et les médicaments courants employés en médecine et en chirurgie dentaires.

*
* *

La Société française de fournitures dentaires, dont le siège est à Paris, 58 *bis*, Chaussée d'Antin, vient de fonder une *Revue de dentisterie appliquée*, paraissant tous les mois, dont le premier numéro a été publié en mars dernier.

Nous souhaitons bonne chance à notre nouveau confrère.



NÉCROLOGIE

M. CORDELIER

Nous avons le regret d'apprendre la mort de notre confrère M. Etienne Cordelier, diplômé de l'Ecole dentaire de Paris en 1883 et de la Faculté de médecine plus tard, membre bienfaiteur de l'Ecole, et membre de l'Association générale des dentistes de France, décédé prématurément à Epinal le 1er avril, à l'âge de 52 ans.

Nous adressons nos sincères condoléances à sa veuve, à ses fils et à sa famille, cruellement éprouvés par cette fin inattendue.





DEMANDES ET OFFRES

PRIX d'une CASE, dans 3 numéros........................ **8** francs.
payable d'avance. (Pour les Abonnés de *L'Odontologie*. **5** »).

L'Administration de L'Odontologie *est à la disposition des vendeurs ou acheteurs pour transmettre aux intéressés les lettres adressées aux initiales indiquées, mais il est bien entendu que son rôle se borne à cette transmission.*

---

1 *A céder dans station balnéaire du N.-O. bon petit cabinet* ayant rapporté 8.000 fr. ces deux dernières années ; chiffres d'affaires en augmentation constante depuis 10 ans ; atteindrait facilement 12.000 *en y restant toute l'année.* Prix 5.000 francs. — Ecrire *par poste* aux initiales L. D. E., aux soins de M. Papot, 45, rue de La Tour-d'Auvergne, à Paris. (**7-6**).

---

2 *On demande*, pour *Ville d'agrément* du *MIDI*, de *très bons opérateurs*, très au courant des *travaux d'art, traitements, aurifications, couronnes, pont et émaux.* Ecrire *par poste* aux initiales D. M. S., aux soins de M. Papot, 45, rue de La Tour-d'Auvergne, à Paris. (**33-3**).

---

3 **DOCTEUR** désirerait **s'associer** avec **DENTISTE** *désirant céder son cabinet*, même **peu important : Var** ou **Alpes-Maritimes, Nice**, de *préférence.* Ecrire *par poste* aux initiales D. P. J., aux soins de M. Papot, 45, rue de La Tour-d'Auvergne, à Paris. (**34-3**).

---

4 **A céder** de **SUITE**, pour *cause de santé*, dans sous-préfecture du Centre de la France, jolie petite ville, cabinet *magnifiquement installé et agencé*, ayant fait près de 135,000 francs, ces trois dernières années. Ecrire au Directeur de la Pharmacie Süe, à Nice (Alpes-Maritimes). (**35-3**).

---

5 **A céder de suite,** *pour cause de maladie*, un cabinet dentaire situé dans un des meilleurs quartiers de Paris, existant depuis 25 ans. Affaires 10 à 12,000 francs, faciles à augmenter. Prix demandé 8,000 francs, moitié comptant. *On ferait échange avec un petit cabinet des environs de Paris.* Ecrire *par poste* aux initiales P. C. aux soins de M. Papot, 45, rue La Tour-d'Auvergne, Paris. (**37-3**).

---

6 **Docteur-Dentiste**, installé à *Paris* depuis 10 ans sur *grand boulevard, quartier riche*, **CEDERAIT** son **CABINET** à **jeune confrère** qui voudrait bien lui succéder ; les affaires varient entre 30 et 35,000 francs par an, *frais généraux minimes. Bonnes conditions* et *facilités.* Voir ou écrire pour renseignements à M. Bourgault, 45, boulevard Saint-Michel, à Paris. (**38-3**).

---

7 *OPÉRATEUR-MÉCANICIEN, diplômé* ou *patenté*, est demandé pour la *Province.* On donnera préférence à jeune diplômé de la Faculté pouvant reprendre succession dans quelques années. *Références exigées.* Ecrire *par poste*, en indiquant prétentions aux initiales C. G. O. 12., aux soins de M. Papot, 45, rue de La Tour-d'Auvergne, à Paris. (**39-2**).

---

8 **Cabinet à remettre**. A céder dans la *ville de Lyon* un **CABINET DENTAIRE** existant depuis **près de 30 ans**. *Installation moderne*, à *l'électricité*, quartier *riche*, clientèle *fidèle* et payant *comptant*, affaires 40 à 45.000 francs par an. Ecrire à M. J. Chosson, 21, Cours Lafayette, à Lyon.
(**40-2**).

---

9 **A céder de suite, APRÈS DÉCÈS,** cabinet fondé depuis *deux ans*, faisant 8 à 10.000 francs, **augmentation certaine**, dans petite ville agréable du centre. Ecrire *par poste*, R. W., aux soins de M. Papot, 45 rue de La Tour-d'Auvergne.
(**41-2**).

---

10 *ON DEMANDE* un *diplômé* pour *gérer provisoirement* un cabinet après *décès du titulaire.* Ecrire *par poste* W. R., aux soins de M. Papot, à l'Ecole dentaire de Paris.
(**42-2**).

---

11 **Un jeune diplômé** de l'Ecole dentaire de Paris, demande une **PLACE D'ASSISTANT**. Ecrire *par poste* aux initiales R. B. H., aux soins de M. Papot, 45, rue de La Tour-d'Auvergne.
(**43-2**).

---

12 **Pressé. A VENDRE D'OCCASION, Fauteuil Wirth,** *Etat de neuf*, ayant coûté 500 francs, à usage mixte *(Dentisterie* et *Gynécologie)* **à voir**, 17, rue Auber, jusqu'au 15 avril. *Prix à débattre.*
(**44-2**).

(Voir la suite page 360.)



Cours de perfectionnement.

Un Comité s'est constitué à Halle pour l'organisation de cours de perfectionnement destinés aux chirurgiens-dentistes en exercice. Des conférences seraient faites dans ce cours par des professeurs et des *docent* de l'Université.

*
* *

MM. Körbitz et Mamlok, de Berlin, nous prient d'annoncer qu'ils feront à Madrid un cours d'obturation de porcelaine du 30 avril au 5 mai.

Rectification.

Nous avons annoncé dans notre numéro du 15 mars, p. 249, la fondation de l'*Art dentaire* par l'Association odontologique et le Syndicat dentaire de Bordeaux.

Notre confrère M. Armand nous informe que c'est lui qui a fondé cette publication mensuelle et que les deux sociétés précitées en ont fait leur organe officiel.

Conférence sur l'hygiène dentaire.

Notre confrère M. Conte, secrétaire de l'Association polytechnique (section de Montmartre), a fait, dans le XVIIIe arrondissement sa 3e conférence sur l'hygiène dentaire le 21 mars, sous la présidence du conseiller municipal du quartier, dans le préau de l'école de la rue Lepic, devant une assistance de 600 personnes environ.

Cette conférence était accompagnée de 50 projections représentant les microbes de la bouche, l'évolution de la carie, ses quatre phases et ses complications.

DEMANDES ET OFFRES

PRIX d'une CASE, dans 3 numéros........................ **8** francs.
payable d'avance. (Pour les Abonnés de *L'Odontologie.* **5** »).

L'Administration de L'Odontologie *est à la disposition des vendeurs ou acheteurs pour transmettre aux intéressés les lettres adressées aux initiales indiquées, mais il est bien entendu que son rôle se borne à cette transmission.*

---

13 **A CÉDER** pour *raison de famille* **Cabinet dentaire** à **Béziers**, *très bien situé*, faisant de 10 à 8.000 francs par an, presque tout soins. On traiterait avec installation comprise pour *quatre mille francs* comptant. Voir ou écrire à M. Vidal, 4, Casimir-Péret, à Béziers.
(45-1).

---

14 *Dans une Ville de l'Est*, à **céder**, ***APRÈS DÉCÈS***, **cabinet dentaire** ; chiffre d'affaires *(susceptibles d'augmentation)* 22.000 francs par an. *Clientèle très fidèle.* — Prix à débattre. — Ecrire *par poste* aux initiales C. R. D., aux soins de M. Papot, 45, rue de La Tour-d'Auvergne, à Paris.
(46-1).

---

15 **A CÉDER** pour **cause de santé** dans l'une des **plus importantes Villes de France**, **CABINET DENTAIRE** en *pleine prospérité*. **Situation unique**, *magnifique clientèle*. **Belle installation moderne**. Chiffre d'affaires 20.000 francs environ. Prix 18.000 francs. — **OCCASION EXCEPTIONNELLE, se hâter**. — Pour renseignements écrire sans retard, à M. David, 20, rue St-Jean, à Genève. **(47-1).**

---

16 **OPÉRATEUR DIPLOMÉ** est demandé pour la **Province** comme **associé** dans un Cabinet fondé depuis *douze années* et faisant environ 15.000 francs d'affaires. On céderait au bout de quelques mois d'essai, toutes facilités de paiement accordées. Ecrire *par poste* aux initiales C. S. D., aux soins de M. Papot, 45, rue de La Tour-d'Auvergne, à Paris. **(48-1).**

Avis relatif aux « DEMANDES ET OFFRES ».

La plupart du temps les confrères qui usent de nos « DEMANDES ET OFFRES » *désirent garder l'anonyme ; aussi indiquent-ils presque toujours simplement dans ces annonces les initiales sous lesquelles les demandes doivent leur être adressées par les soins de l'Administration du journal, dont le rôle se borne à cette transmission et qui ne prend à l'égard des affaires annoncées* aucune sorte de responsabilité.

L'administrateur rappelle aux intéressés que les lettres doivent lui parvenir **par la poste** *avec l'adresse ainsi libellée:* M. (initiales indiquées) *aux soins de M. Papot. Il les rend au facteur,* sans les ouvrir, *après en avoir complété l'adresse. Il ne peut donc personnellement donner aucun renseignement sur les affaires à traiter.*



TRIBUNE OUVERTE.

QUESTIONS ET RÉPONSES.

N. B. Nous sommes à la disposition de nos lecteurs pour publier les questions qui nous seront adressées et nous serions heureux que cette insertion provoquât des réponses, que nous accueillerons, tout en *déclinant toute responsabilité au sujet des opinions émises.*

Toutefois nous ne pouvons donner suite qu'aux questions ou réponses signées; mais la publication peut en être faite sous un pseudonyme choisi par l'auteur. *Prière de ne pas insérer ces communications dans le corps d'une lettre, mais sur feuillet spécial écrit d'un seul côté.*

? Nº 172. — *A quoi faut-il attribuer la teinte rougeâtre que prennent certaines dents anglaises après le travail de la soudure?* J. P.

? Nº 190. — *Y a-t-il différentes qualités de dents artificielles d'une même marque? Les fournisseurs peuvent-ils ainsi acheter des dents de qualité inférieure, ce qui expliquerait le grand nombre de fractures des dents artificielles?* A. A.

? Nº 193. — *Quels sont les traités et manuels sur l'Orthodontie et les redressements les plus importants en* FRANÇAIS, *en* ALLEMAND *et en* ANGLAIS? Dr H.

? Nº 197. — *L'opération du bec-de-lièvre par la méthode Brophy a-t-elle été faite à Paris et par qui? Quel âge est exigé pour cela?* E.

? Nº 199. — *Mes confrères ne sont-ils pas d'avis comme moi de donner une forme carrée ou triangulaire aux têtes des crampons pris dans la porcelaine des dents? — La force de ces crampons ayant beaucoup diminué depuis quelque temps, il s'ensuit qu'avec leurs têtes rondes ils tournent et se déprennent avec une grande facilité.* A. D.

? Nº 200. — *Le* Dental Cosmos *de décembre 1899 a reproduit une gravure du buste d'Horace Wells. Où peut-on trouver une photographie ou une meilleure gravure de ce buste, ou quelque autre portrait de cette gloire de notre profession? Existe-t-il aussi des portraits de Jackson et de Morton?* R. B.

? Nº 208. — A. *A combien pour 0/0 le formol doit-il s'employer pour ne pas être corrosif, tout en restant antiseptique? Et avec quoi? (alcool, eau bouillie).*
B. *L'eau oxygénée est-elle corrosive par les gencives?* A. M.

☞ *Réponse.* — A. Le formol est très soluble dans l'eau pour désinfecter à 0,5 pour 100; pour pansements de 1/4000 à 1/1000 cette dernière est déjà irritante, une cuillerée à bouche d'une solution à 10 0/0 dans 1 litre d'eau pour lavages et injections.

B. L'eau oxygénée est livrée au titre de 10 à 12 volumes; mais rarement elle en contient plus de 8 ou 9. Pour lui donner plus de stabilité on y ajoute de petites quantités d'acide sulfurique, chlorhydrique ou phosphorique ou même 1/100 d'alcool. L'eau oxygénée acide est incontestablement irritante pour les muqueuses; aussi il est bon de la neutraliser, avec une solution de carbonate de soude; mais les bulles d'acide carbonique mis en liberté accélèrent la décomposition déjà si rapide de l'eau oxygénée neutre.

Voici un procédé de neutralisation excellent de M. le professeur Crolas.

A une eau oxygénée acide on ajoute peu à peu une solution saturée de borate de soude jusqu'à réaction alcaline au papier tournesol, puis on reverse de l'eau oxygénée acide jusqu'à neutralisation exacte. Ici l'acide borique mis en liberté reste dans la solution et contribue à maintenir la stabilité de l'eau oxygénée.

Pour les lavages de la bouche, par exemple, on peut étendre l'eau oxygénée à 10 volumes d'eau boriquée bouillie de manière à obtenir une solution ne titrant que 3 ou 4 volumes. P. H. L.

? N° 211. — *A la suite de l'extraction d'une dent grosse molaire de la mâchoire inférieure, la plaie occasionnée par l'ablation de la dent, peut-elle occasionner un phlegmon diffus ? Connaît-on des cas de morts après ces opérations dentaires?*

E. B. de Castelnaudary.

? N° 212. — *Un de mes malades porte sur sa 1re g. m. s. dr. une couronne en or. De plus, il porte un appareil en or qui s'étend de la 1re p. m. s. dr., donc aucun lien ave la couronne, à la 2e p. m. s. g. Je fais un amalgame à la 2e p. m. s. g. et jusque-là rien d'anormal. Je fais ensuite un autre amalgame à la 1re p. m. s. g. et mon patient, que je reçois 4 jours après, m'aborde en me disant: « Vous m'avez mis une pile électrique dans la bouche. Chaque fois que je porte ma langue sur ma petite molaire je sens instantanément une douleur à la dent recouverte d'une couronne. » Ce phénomène dura le jour où je fis l'obturation et le lendemain, puis tout rentra dans l'ordre. J'insiste sur ce que l'appareil ne mettait pas en contact la couronne et la petite molaire, puisqu'il y avait une solution de continuité. Je serais reconnaissant à celui qui pourrait m'expliquer cet incident.*

M. R.

? N° 216. — *Un pharmacien de 2e classe voulant obtenir le diplôme de chirurgien-dentiste de la Faculté est-il obligé de passer les 3 examens ?*

A. R.

? N° 217. — *Un étudiant en pharmacie peut-il suivre les cours de l'Ecole de pharmacie et de l'Ecole dentaire en même temps, pour obtenir les 2 diplômes la même année ?*

A. R.

? N° 218. *A quels intervalles les dentistes sont-ils tenus de faire vérifier leur vulcanisateur par la préfecture de police ?*

M.

☞ *Réponse.* — Tous les ans.

R.

COMPTES RENDUS DU 3e CONGRÈS DENTAIRE INTERNATIONAL

Le *Comité de publication* a donné le « BON A TIRER » du 3e volume des comptes rendus du Congrès de 1900 qui contient les assemblées de sections et est illustré de *nombreuses planches et gravures.*

Cette publication a pris une **importance au delà de toute prévision** ; aussi est-il nécessaire de faire un 4e VOLUME, qui va suivre de *très près* la publication du 3e. Ce 4e volume est consacré à la fin des assemblées de sections, aux démonstrations pratiques et aux fêtes.

Les COMITÉS NATIONAUX sont invités à faire connaître DÈS A PRÉSENT au *secrétariat général* le nombre d'exemplaires pour lequel ils souscrivent au nom des sociétés, écoles, journaux professionnels, bibliothèques et groupements dentaires de leur pays, au prix de 48 FRANCS POUR LA SÉRIE DES QUATRE VOLUMES (*port en sus*).

Les souscriptions volontaires des sociétés, des écoles ou des individualités sont reçues chez M. Viau, trésorier, 47, boulevard Haussmann, Paris.

23e ANNÉE. N° 8 30 AVRIL 1903 VOL. XXIX



L'Odontologie est une TRIBUNE LIBRE, où toutes les opinions peuvent se produire ; les signataires gardent l'entière responsabilité de leurs appréciations.

BULLETIN

LES RÉUNIONS DE MADRID

La délégation de l'École dentaire de Paris revient des réunions de Madrid absolument enthousiasmée de l'accueil chaleureux et de l'hospitalité généreuse de nos confrères espagnols ; qu'ils reçoivent ici la plus vive expression de notre gratitude et de nos sentiments de fraternité professionnelle.

Il se dégage de ces réunions une affirmation nouvelle de l'importance qu'ont prise les odontologistes dans le monde entier et une manifestation incontestable de la puissance de leur organisation actuelle. La place considérable qu'a conquise la spécialisation de l'odontologie non seulement dans les Congrès dentaires internationaux, mais même — et celui de Madrid le prouve — dans les Congrès de médecine, en est une démonstration irréfutable.

Enfin, la suprématie que tend de plus en plus à acquérir la Fédération dentaire internationale dans les assemblées professionnelles mondiales et dans l'évolution de l'odontologie moderne nous montre que cette entente des groupements professionnels de tous

les pays était nécessaire et qu'elle vient à son heure pour donner à la profession l'unité, la force et la cohésion qui lui manquaient.

Nous ne pouvons dès aujourd'hui présenter le compte rendu aussi complet que nous le voudrions des assises tenues dans cette capitale. Mais nous publierons dans le prochain numéro de L'Odontologie *les rapports dont sont chargés M. Martinier pour le Congrès et M. Roy pour la Fédération ; nous sommes persuadés que nos lecteurs trouveront dans ces comptes rendus les raisons de notre enthousiasme et qu'ils partageront notre avis sur les conséquences heureuses de ces réunions pour l'avenir de notre profession.*

LA DÉLÉGATION DE L'ÉCOLE DENTAIRE DE PARIS.

Les délégués rapporteurs de l'Ecole dentaire de Paris, MM. Martinier et Roy, rendront compte de leur mission à la séance spéciale de la Société d'Odontologie de Paris du 19 mai 1903.

N. D. L. R.



CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DE LA CLASSIFICATION DE LA CARIE DENTAIRE[1]

Par M. Rodolphe Chapot-Prévost,
Professeur à l'École libre d'Odontologie de Rio-Janeiro.

Ce n'est pas par désir d'innovation que nous publions le modeste travail que nous offrons à nos lecteurs, mais nous avons eu en vue de diminuer la confusion du grand fonds scientifique qu'accumule à l'école l'étudiant en Odontologie.

Notre but consiste donc à simplifier la compréhension de l'affection.

Nous savons bien qu'il est téméraire de chercher à annuler des classifications établies et dont quelques-unes sont acceptées par d'éminents confrères, mais cette témérité nous sera pardonnée par le fait que nous visons à établir une uniformité de vues dans un sujet sur lequel on a beaucoup écrit, mais sur lequel la lumière ne s'est pas faite complètement, on ne saurait le nier.

Dans la classification généralement adoptée, l'affection de la pulpe est admise, quand elle est consécutive à la carie dentaire, comme un degré de celle-ci, et ceci est formulé dans certains auteurs, avec lesquels nous différons d'avis, malgré que nous sachions que la pulpe dentaire est un tissu transitoirement mou, puisque la dentine est formée par la calcification des cellules odontoblastiques de la périphérie de cet organe nutritif, de telle sorte que, volumineuse chez l'enfant, elle n'existe presque pas chez le vieillard. Pour nous, nous ne considérons pas l'affection de la pulpe comme un

(1) Nous publierons ultérieurement une réponse de notre collaborateur M. le Dr Frey à l'article de M. Chapot-Prévost.

degré de carie, mais comme une affection autonome, souvent occasionnée par la carie.

La carie dentaire est, d'après Robin [1], l'altération des dents qui consiste en un ramollissement progessif de l'émail et de la dentine.

Par cette définition et par les considérations judicieuses de H. Thomson [2], que nous allons reproduire, nous n'admettons que deux degrés de carie dentaire.

Thomson dit, en critiquant la classification de la carie en quatre degrés : « Cependant nous ne pouvons accepter cette classification comme entièrement satisfaisante, surtout en ce qui concerne la carie du quatrième degré, pour les raisons suivantes :

» 1° Parce que la mortification de la pulpe n'est pas nécessairement le résultat d'une carie.

» Elle peut être spontanée à la suite de traumatismes, pyorrhée alvéolaire, sénilité et s'observe souvent sur des dents ne présentant aucune solution de continuité ;

2° Parce que si, dans les caries du premier et du deuxième degré, la carie constitue à elle seule l'entité morbide, la lésion qu'il faut combattre et guérir, il n'en est plus de même lorsqu'il s'agit de la mortification de la pulpe et des accidents qu'elle peut provoquer, car dans ce dernier cas, il ne s'agit plus d'arrêter le progrès d'une carie, mais plutôt de traiter et, si possible, de guérir un état pathologique de la dent tout entière provoqué par cette carie.

» La carie elle-même n'est donc plus *l'entité morbide*, mais seulement une *cause ayant provoqué* cette entité morbide ;

» 3° Parce que nous considérons la carie comme une *maladie dentaire spécifique et curable, dont le traitement ne comporte que deux ordres de moyens : ou bien la résection ou bien l'obturation.*

» Si d'autres indications se présentent, ce n'est plus à une

---

1. E. Robin, *Dictionnaire de médecine.*
2. H. Thomson, *Formulaire de médecine et de chirurgie dentaires. Maladies et hygiène de la bouche et des dents.* Paris, 1895.

carie que l'on a affaire, mais bien à un état morbide dont la *carie n'est qu'une cause ;* et nous pensons qu'il est aussi illogique d'appliquer le terme de « carie de quatrième degré » à la mortification de la pulpe, qu'il serait impropre d'appeler une exostose dentaire une « carie du cinquième degré ».

» Prenons par exemple l'*altération de l'émail seulement*. Ici c'est bien une carie qui réclame notre intervention. Il suffit, en effet, de pratiquer la résection ou l'obturation pour arrêter le progrès de la lésion. De même avec *l'altération dépassant l'émail et atteignant* l'ivoire, mais *laissant la pulpe* protégée. Ici encore c'est une carie qui constitue à elle seule toute la maladie. Il suffit d'arrêter sa marche, de rendre la cavité aseptique et de l'obturer, pour voir disparaître les symptômes.

» Nous en dirons autant de l'altération qui, ayant dépassé l'émail et l'ivoire, met la pulpe à nu, à la condition toutefois qu'elle n'exige pas d'autre traitement que celui que nous venons de décrire pour les caries du premier et deuxième degré, c'est-à-dire l'obturation immédiate, après avoir pris les précautions nécessaires pour éviter l'irritation de la pulpe (coiffage, etc.).

» Mais lorsque la pulpe est atteinte, lorsque celle-ci exige un traitement spécial (destruction, extirpation, etc., etc.), ce n'est plus une carie que nous avons à traiter et à soigner, mais bien une nécrobiose de la pulpe.

» A plus forte raison, lorsqu'il s'agit de la mortification de la pulpe (dite du quatrième degré) il ne peut plus être question de la carie, puisqu'elle n'est qu'une cause ayant abouti à ce résultat, mais bien d'une maladie spéciale, justiciable d'un traitement particulier.

» C'est, en effet, une nécrobiose de la dent elle-même que l'on constate, et l'on ne pourra songer à soigner la carie avant d'avoir guéri cet état morbide, caractérisé par la mortification de la pulpe. »

Nous partageons en grande partie l'opinion de cet auteur, mais nous différons d'avec lui toutefois quant à la classification et à l'efficacité du coiffage de la pulpe.

Vous savez que la dent, quant à sa structure, comprend deux groupes de tissus : les tissus durs et les tissus mous.

Les tissus durs sont : l'émail, l'ivoire et le cément.

Les tissus mous sont : la pulpe dentaire et la membrane péridentaire.

L'émail couvre toute la couronne de la dent, en formant un revêtement dont l'épaisseur est plus dense au niveau des tubercules et décroît progressivement jusqu'au collet de la dent, où il se termine par un bord très fin.

Sa face interne est en rapport avec l'ivoire ou la dentine, et l'externe est couverte par une substance très mince — la cuticule de l'émail ou la membrane de Nasmyth. Sa couleur varie du blanc au jaune et sa dureté est considérable.

L'émail est constitué par des fibres, appelées fibres ou prismes de l'émail, unies les unes aux autres, formant une seule couche continue, dont l'épaisseur indique la longueur des prismes. Le trajet de ces prismes n'est pas rectiligne ; il décrit des inflexions latérales.

La cuticule de l'émail est une pellicule amorphe, intimement adhérente à l'émail et très résistante à l'action des agents chimiques.

L'ivoire ou la dentine est une substance d'un blanc jaunâtre, moins dure que l'émail.

Il forme la plus grande partie de la dent et est en rapport par sa face externe avec l'émail, au niveau de la couronne, et avec le cément, au niveau de la racine, et par sa face interne, avec la pulpe de la dent.

Il est formé par une substance fondamentale et des canalicules qui la traversent.

La substance fondamentale est une matière homogène, transparente, finement granuleuse.

Les canicules de l'ivoire, découverts par Leuwenhoeck, en 1673, sont des tubes microscopiques de diamètre variable qui, partant d'un orifice qui s'ouvre dans la cavité de la dent, s'irradient vers la périphérie, en suivant un trajet plus ou moins flexueux.

Au niveau des couches superficielles de la dentine sous-

jacente à l'émail et au cément, ces canalicules se terminent par des lacunes ou vacuoles, formant ce qu'on appelle réseau anastomotique des canalicules.

Ces canalicules présentent, à l'étude, une paroi propre, très résistante et un contenu.

Le contenu s'appelle *fibres de la dentine*, prolongements de cellules spéciales de la pulpe dénommeés *cellules de la dentine ou odontoblastes*.

Le cément est opaque et jaunâtre et présente la consistance, la composition et la structure du tissu osseux, à l'exception des canaux de Havers.

La pulpe dentaire est un tissu mou, rosé, situé dans la cavité dentaire.

Elle est formée par un stroma délicat de tissu conjonctif muqueux, très riche en vaisseaux et en nerfs, présentant dans toute l'étendue de sa surface une couche de cellules spéciales, appelées cellules de la dentine, lesquelles présentent deux rangs de prolongements : les uns du côté de la dentine, qui pénètrent dans les canalicules et vont constituer les fibres de la dentine, les autres du côté de la pulpe, qui vont s'anastomoser avec les prolongements des cellules étoilées, situées dans l'intérieur de la pulpe.

La membrane péridentaire, liée à la partie radiculaire des dents et à la face intérieure des cartouches alvéolaires, est formée par deux couches.

La couche superficielle est constituée par la réunion de nombreuses cellules aplaties, semblables à celles du tissu conjonctif et par une trame de faisceaux conjonctifs, dans l'épaisseur desquels existe un réseau lâche de fibres élastiques.

La couche profonde, formée, comme la précédente, de faisceaux conjonctifs, mais moins volumineux, contient aussi des cellules conjonctives.

Le réseau des fibres élastiques est plus dense, plus serré, ce qui explique comment cette couche est plus adhérente que la superficielle.

Dans l'extraction des dents, cette dernière couche est toujours dilacérée.

Dans l'épaisseur de la couche profonde il existe des myéloplaxes. Enfin, à la face interne de ce plan, nous rencontrons des cellules submergées dans la substance fibrillaire (blastème sous-périostal d'Ollier).

Les vaisseaux sanguins sont moins larges et plus abondants que dans les gencives.

Selon Kölliker, il y a de nombreuses ramifications nerveuses formées par des tubes larges.

*
* *

Il existe des organes, composés de différents tissus, comme les glandules, quoique Kölliker les fasse former un groupe de tissus à part ; nous en dirons autant du tissu pileux, du tissu dentaire et d'autres, dont quelques-uns étaient déjà admis par Bichat.

La dent renferme, comme nous venons de le voir, la pulpe, organe central, dont le stroma est constitué par un tissu conjonctif muqueux, c'est-à-dire un tissu conjonctif qui persiste dans la phase mixo-formative ou fœtale.

Cette pulpe est riche en vaisseaux sanguins et lymphatiques, les premiers se terminant en arcades capillaires, les autres en formant des gaines pour les artérioles et les veinules, contenant, en outre, des fibres nerveuses amyéliniques qui se présentent en plexus, terminés probablement par des boutons, qui doivent avoir des rapports de contiguïté au moins avec les cellules odontoblastiques revêtant la surface de cet organe nutritif.

Ce qui protège la pulpe, c'est une couche épaisse d'ivoire ou de dentine revêtue à la racine par le cément, et à la couronne par l'émail.

On voit donc que la dent se compose de différents tissus, et il ne serait pas exact d'admettre un tissu dentaire, car la dentine est aussi caractéristique des dents que l'émail le cément et même la pulpe ; à peine pourrait-on admettre divers tissus dentaires, mais il paraît plus certain de ranger le tissu fondamental de la pulpe dans le groupe des

tissus conjonctifs, le cément dans celui des tissus osseux, et l'émail dans le grand groupe des tissus épithéliaux. L'ivoire constituera un groupe à part : le tissu éburnéen.

Par ce qui vient d'être dit, la classification des tissus dentaires étant acceptée, comme nous venons de le faire et en admettant les définitions de la carie dentaire données par Robin, Redier, Dubois, Frey et autres, surtout au point de vue clinique, il paraît évident que la classification la plus rationnelle de la carie dentaire est la suivante :

Carie du premier degré: destruction de la cuticule et désorganisation de ce tissu.

Carie du deuxième degré: destruction de l'émail et désorganisation de la dentine.

Nous pouvons admettre dans ce deuxième degré:

Carie du deuxième degré : superficielle, profonde (c'est-à-dire n'ayant pas encore atteint la chambre pulpaire séparée de la cavité cariée par une certaine couche de dentine).

Aussitôt que la pulpe est atteinte, soit par accident, soit par infection causée par des micro-organismes, par les canalicules de la dentine, — comme des travaux récents en bactériologie dentaire l'établissent, — avant que la pulpe soit exposée par la carie, elle se trouve déjà souvent infectée et enflammée. Ce ne sont plus des phénomènes de carie, mais bien des phénomènes inflammatoires d'un tissu mou — pulpite — qui, en se propageant à la membrane péridentaire, vont occasionner la périodontite, etc. Ce sont donc des affections de nature complètement différente qui vont occuper notre attention, puisque la thérapeutique a un but tout autre : de celui de détruire la pulpe et de combattre les inflammations de la membrane péridentaire.

Nous ne sommes pas partisan du traitement conservateur de la pulpe, mais, même dans cette hypothèse, c'est-à-dire en cherchant à la conserver au moyen du coiffage, il s'agit toujours d'une pulpite et nullement d'une carie.

Finalement nous croyons qu'il existe en réalité à peine deux degrés de carie dentaire, les autres affections de la

dent étant : la pulpite, avec ses divisions ; la périodontite avec ses divisions ; l'arthrite, l'hypercémentose, etc., etc., et presque toujours la carie en est la cause déterminante.

*
* *

Critique par M. Pedro Oliver.

Mes chers confrères,

Lors de la présentation et de la lecture, à l'Institut brésilien d'Odontologie, du travail important et érudit de notre très distingué confrère Rodolphe Chapot-Prévost intitulé : *Contribution à l'étude de la classification de la carie dentaire* j'ai eu le plaisir et le bonheur de me trouver présent et de voir avec quel soin et quel bon sens il a étudié le fait et exposé sa manière de penser.

Des motifs imprévus m'ont empêché d'assister à diverses sessions de l'Institut, ne sachant pas, de cette manière, si ce sujet avait déjà été discuté.

En visitant notre confrère, j'ai appris que son travail serait discuté à la prochaine session ordinaire et il m'a prié de manifester mon opinion à cette occasion.

Quoique nous fussions tout près du premier mercredi du mois courant, j'ai résolu d'étudier le sujet et de vous présenter quelques considérations pour lesquelles je vous demande votre critique sévère.

Notre confrère Rodolphe Chapot-Prévost, après une analyse des différentes classifications de la carie dentaire par les auteurs modernes et une étude détaillée et minutieuse de l'odontogénie et de la structure des tissus dentaires, conclut en trouvant plus rationnelle la classification suivante de la carie dentaire proprement dite :

Carie du premier degré. — Destruction de la cuticule de l'émail et désorganisation de ce tissu.

Carie du deuxième degré. — Destruction de l'émail et de la dentine.

Il appuie très judicieusement sa classification sur ce que la carie est une altération du tissu osseux, c'est-à-dire un tissu dur.

Duval, dans son *Dictionnaire usuel des Sciences médicales*, donne de la carie la définition de Ranvier.

La voici :

« On désigne sous le nom de carie une maladie spéciale du tissu osseux, une espèce d'ostéite, qui n'est ni une inflammation franche, ni une mortification du tissu osseux (nécrose), mais une lésion succédant à une lésion primitive des cellules de l'os. »

J'ai défini la carie pour qu'il soit bien évident qu'une telle lésion est une altération du tissu dur.

Par analogie avec les tissus la dénomination de carie s'est étendue à l'altération des tissus dentaires.

Dubois a défini la carie dentaire : « une altération spéciale des tissus *durs* de la dent, progressant de la périphérie au centre, s'observant surtout sur les dents ou parties de dents anormalement constituées ».

Malgré que Dubois ait donné la carie dentaire comme une altération des tissus durs de la dent, nous allons le voir définir la carie « une altération de la pulpe, tissu mou ». Tous accorderont qu'une telle classification n'est nullement rationnelle.

Ainsi, la classification établie par notre confrère Chapot, a toute raison d'être et je l'accepte en partie.

Quand notre cher confrère a établi cette classification, il a eu pour but, en présence de la divergence des auteurs, de faire un travail qui, après avoir été discuté avec grand soin par nous, restât définitif et fût adopté comme classification officielle de l'Ecole libre d'Odontologie. C'est dans ces conditions que j'ai pris la parole, pour exposer ce que j'en pense.

Frank Abbot, professeur au Collège de dentisterie de New-York, quand il étudie la carie dentaire, dans son livre *Dental Pathology and Practice*, ne la divise pas en degrés, mais en carie de l'émail, carie de la dentine et carie du cément.

Cette manière d'envisager la question, quoique philosophique et scientifique, s'éloigne beaucoup de la manière dont nous sommes habitués à considérer la carie, c'est-à-dire à la diviser en degrés ou périodes.

Dans la classification présentée il existe une lacune : elle omet la carie du cément, qui, étant un tissu dur, doit y être inclus.

Et c'est là ce que je propose.

On dira que le cément est secondaire et rarement affecté, mais cela n'est pas ainsi ; voyons plutôt : nous pouvons avoir la carie du cément comme un état très avancé de la carie, par la perforation du canal radiculaire ; nous pouvons avoir la carie du cément quand elle amène l'atrophie des gencives et nous pouvons avoir encore la carie du cément dans une carie commençant au collet, plus sur l'émail, mais qui par son progrès détermine la réabsorption de la gencive avec l'exposition consécutive du cément et enfin la carie.

D'après ce qui vient d'être exposé, il me semble que le tableau synoptique suivant satisfait à la question discutée présentement.

Tableau synoptique de la classification de la carie dentaire.

Carie du 1er degré n'intéressant pas la dentine	De l'émail. Du cément. De l'émail et du cément.

Carie du 2e degré intéressant la dentine.	De l'émail et de la dentine. Du cément et de la dentine. De l'émail, du cément et de la dentine.

Rio-Janeiro, 2 décembre 1901.

*
* *

Critique par M. Henri Charles Carpenter, chirurgien-dentiste.

Parmi les observations et monographies qui ont été présentées à l'Institut brésilien d'Odontologie, aucune n'est aussi importante que la classification de la carie dentaire, de notre studieux et intelligent confrère Rodolphe Chapot-Prévost, parce que si, comme dit un auteur « c'est la carie dentaire qui constitue presque à elle seule la raison d'être du dentiste », dans la classification de cette maladie il ne règne pas une uniformité de vues, mais bien une confusion. et quoique les plus notables confrères s'en soient occupés, malgré leur érudition et leur illustration, ils ne sont pas parvenus à l'élucider.

Nous sommes d'avis que la classification présentée par le distingué professeur de pathologie de l'Ecole libre d'Odontologie, avec les modifications suggérées par notre éminent confrère Pedro Oliver, élucide le doute, résout le problème.

La classification ainsi établie, ainsi basée, est liée à la structure intime, microscopique de la dent et nous ne pouvons nous en éloigner sans nuire aux études histologiques les plus récentes.

En effet, *si la définition classique de la carie dentaire est une destruction des tissus durs de la dent* et si nous voulons que la classification soit aussi *classique, cohérente,* elle ne peut l'être qu'en deux degrés. Un tissu mou, tel que la pulpe, ne doit pas, ne peut pas constituer un degré de carie.

Quelques auteurs, parmi lesquels Viau, Dubois et toute l'école française, considèrent la pulpe d'après son état plus ou moins grand d'altération ; caries du troisième et quatrième degrés ; d'autres auteurs n'admettent que ce troisième degré de carie, et Cruet et quelques autres, ne voulant pas l'admettre explicitement, le font implicitement. Ceux qui admettent le troisième et quatrième degré de carie justifient leur opinion, fondée sur l'anatomie pathologique. Or, nous savons que l'anatomie pathologique *consiste dans les modifications de structure résultant des actions et réactions morbides.* Sur cette base, l'anatomie pathologique, nous pouvons établir diverses classifications, toutes également véritables.

Ainsi, en prenant pour base la consistance, nous pouvons classer les caries en *caries molles, caries humides, caries dures, caries sèches.*

Nous pouvons nous baser sur la coloration et nous aurons : *caries jaunes, caries blanches, caries noires.* En outre, nous pouvons choisir

la rapidité de la destruction des tissus, et nous aurons les *caries rapides, lentes et stationnaires.*

Et remarquons que *si la carie dentaire est classiquement la destruction des tissus durs de la dent, l'anatomie pathologique seule a affaire à ces tissus durs : l'émail, le cément et la dentine.*

La marche de la carie, comme nous la comprenons, renferme en elle toutes ces modifications de structure, qu'il s'en présente une seule ou que toutes se présentent conjointement ; ce qui la caractérise et ce qui doit la caractériser, c'est la destruction progressive des tissus durs de la périphérie vers le centre et de cette manière nous sommes parfaitement d'accord avec l'anatomie pathologique.

Au point de vue scientifique la classification présentement en discussion ne laisse rien à désirer. Il nous paraît toutefois que, comme cette classification sera adoptée postérieurement par l'Ecole libre d'Odontologie, nous pourrions faire une légère modification qui l'aidera beaucoup au point de vue *clinique* et *didactique*. Nous croyons que la confusion qui règne dans les différentes classifications provient de la variété des symptômes, de la différence des moyens thérapeutiques et prothétiques employés selon que le progrès de la carie du deuxième degré nous apparaît.

Ainsi dans les caries du deuxième degré, distantes ou proches de la chambre pulpaire, les symptômes et surtout les procédés thérapeutiques et prothétiques varient beaucoup et varient plus si nous considérons que la carie du deuxième degré dilate la couche pulpaire et les canaux radiculaires.

Et ces différents états doivent être bien établis, bien déterminés. Pour ces raisons il nous semble que ce deuxième degré de carie dentaire doit être subdivisé en périodes, ce qui ne diminuera en rien la classification proposée, parce que le mot degré précisera le progrès réel, visible, déterminé de l'émail et du cément dans le premier degré, et marquera dans le deuxième la destruction de la dentine, le mot degré étant un mot concret.

Le mot période, au contraire, est abstrait et indéterminé ; par conséquent, nous pouvons admettre autant de périodes que nous voulons, sans préjudice de la base fondamentale.

- Carie.
  - 1er degré.
    - Émail.
    - Cément.
  - 2e degré.
    - Émail et dentine.
    - Cément et dentine.
    - Émail, cément et dentine.
    - 1re période. — Distante de la chambre pulpaire.
    - 2e période. — Proche de la chambre pulpaire.
    - 3e période. — Envahissant la chambre pulpaire.

*
* *

Critique par M. le professeur Aristide Benicio de Sa.

On discute, dans cet Institut, avec beaucoup d'avantages pour le chirurgien-dentiste, une classification dans la marche de la carie dentaire qui, en harmonie avec les progrès de l'affection, établisse des règles certaines dans la manière d'agir et simplifie la méthode de traitement.

L'éminent confrère R. Chapot-Prévost a présenté un magnifique travail écrit, très bien traité, fort soigné et très profitable, mais dont je rejette en partie les conclusions, car la théorie des deux degrés telle que la propose notre éminent confrère, ne me paraît pas acceptable, parce que, loin de simplifier, elle amène plus de complications pour la clinique.

Détacher de la marche de la carie dentaire les affections de la pulpe produites par elle (dénudation, inflammation et même destruction) pour rencontrer de nouveau le deuxième degré que nous avons déjà laissé avant que la carie atteigne la couche pulpaire, c'est établir une solution de continuité, sans raison d'être, dans les progrès de la maladie. Le premier degré de la carie, dit notre confrère, est la destruction de l'émail, et le deuxième la destruction de la dentine. Et les affections de la pulpe dentaire produites par la carie, ne constituent-elles pas (dénudation et destruction) des complications de la dernière période de la carie ? Dans ces conditions allons-nous parler de conserver la pulpe, ou allons-nous la détruire complètement pour l'extirper *comme traitement de la carie dentaire ?*

Certainement nous allons l'extirper.

Alors, pourquoi faire ressortir cette partie du traitement ?

Je demande comment classifier le degré de la carie, quand nous rencontrons une dent dont la pulpe a déjà été détruite par les progrès de cette maladie ?

Si encore nous pouvions parler de conserver la pulpe, après invasion de la chambre pulpaire par la carie (hypothèse que je n'admets absolument pas), je serais de son avis, parce qu'en ce cas nous irions traiter un organe dont la conservation mettrait une barrière à la continuation de la maladie. Mais cela n'arrive pas ainsi : tout ce que nous faisons dans ces conditions est tout au plus le *traitement de la carie dentaire* ; par conséquent, il n'y a pas de raison d'être pour ce *saut* que fait la carie par-dessus la pulpe qu'elle a elle-même offensée et détruite.

Dans le travail de notre distingué confrère je vois beaucoup d'étude, beaucoup d'érudition, par conséquent beaucoup de mérite, mais il n'a pas atteint, dans mon opinion, l'objectif que nous recherchons :

simplifier la classification de la marche de la carie, en facilitant sa thérapeutique.

Nous demandons excuse à notre distingué confrère, mais le rempart auquel il s'est attaché — *la définition de la carie dentaire par quelques auteurs* — pour établir ces théories, n'est pas assez fort, puisque, si quelques-uns disent que cette affection est la *destruction des tissus durs*, sans rien dire sur les tissus mous, d'autres la définissent plus clairement « *destruction des tissus durs pouvant compromettre la trame organique de la dent* »; donc, les affections de la pulpe produites par la carie dentaire constituent une phase et une phase critique, de cette maladie.

Dans mon humble opinion, il conviendrait d'adopter les deux degrés, mais de les diviser par rapport au traitement : carie du premier degré, destruction des tissus durs, sans invasion de la couche pulpaire ; deuxième degré, invasion de la chambre pulpaire. Or, le traitement du premier degré (émail et dentine) est le même, car la carie de l'émail, comme dit très bien Cruet, est plus théorique. Dans le deuxième degré (invasion de la chambre pulpaire) le traitement est tout autre. Ainsi, je crois faciliter le traitement en simplifiant la classification.

Ces considérations sont sans prétention aucune, elles manquent d'érudition, je le sais bien, mais elles sont nées de l'observation ; pour la clinique, me paraît-il, c'est la division qui convient le mieux. Je n'ai pas la prétention d'établir une doctrine à moi, ni même de venir apporter des éclaircissements dans la discussion ; je viens seulement, par considération pour notre confrère, présenter mon opinion, ma manière d'envisager cette question qui a tant d'intérêt pour la pratique. Je la présente sans les grands apparats de l'érudition, mais avec le langage simple du conscrit qui occupe la place la plus humble dans cette légion de soldats qui luttent pour le profit de l'Odontologie.

*
* *

Critique par le professeur Sébastien Jordão.

Permettez-moi, en commençant, de déclarer que la lecture du travail sur lequel j'ai l'honneur de présenter quelques observations, m'a impressionné agréablement et m'a inspiré de la satisfaction et même de l'orgueil, en voyant que dans notre pays il existe aussi des professionnels qui se dévouent avec tant d'amour à l'étude, en élevant et honorant notre cher Brésil.

Les points sur lesquels je suis en désaccord ne retirent rien à la valeur du travail de notre cher et illustre confrère Rodolphe Chapot-

Prévost ; c'est à peine un faible reflet auprès des lumières intenses de son beau talent.

Dans les premières lignes de son travail, mon cher confrère dit que quelques auteurs considèrent la pulpite, quand elle est occasionnée par la carie, comme un degré de cette affection. Je regrette que les noms de ces auteurs ne soient pas indiqués dans son travail.

Je confesse que, dans les quelques ouvrages que j'ai lus, je n'ai pas trouvé cette théorie absurde.

Notre noble confrère dit que la classification de l'Ecole dentaire de Paris n'est pas en accord avec la définition généralement adoptée de la carie dentaire, et a trouvé convenable d'adopter une nouvelle classification. Je n'ai pas constaté cette discordance, comme je le montrerai bientôt, et je persiste à affirmer que je n'ai jamais vu et que je ne considère pas la pulpite comme une carie dentaire et que par conséquent elle n'attaque pas le tissu mou. Pour que la définition soit d'accord avec la théorie moderne, elle doit être un peu modifiée. En pathologie elle doit tout d'abord déterminer la nature de l'affection ou de la maladie qu'elle décrit. La plus parfaite est celle de Dubois qui, comme dit le professeur Dr Ernesto Nascimento Silva, pour être acceptée, doit souffrir une légère modification ; au lieu d'une altération spéciale des tissus durs de la dent, comme dit cet auteur, nous pouvons déclarer actuellement que la carie dentaire est une altération suivie de destruction des tissus durs des dents de nature microbienne allant de la périphérie vers le centre et attaquant de préférence les dents constituées anormalement.

Analysons maintenant les considérations de Thomson relatées dans le travail de mon éminent confrère.

Il suffit que cet auteur considère la carie dentaire comme une maladie spécifique. Pour que ses considérations ne puissent plus prévaloir sur notre esprit. J. Choquet a donné à son travail récent et très apprécié présenté au 3e Congrès dentaire international de Paris le titre de : *Considérations sur quelques microbes de la carie dentaire*. Il n'a donc pas osé définir et déterminer parfaitement et précisément l'élément infectieux, condition indispensable pour qu'une maladie ou affection soit considérée comme spécifique.

Cet auteur dit encore, à la page 194 de son *Formulaire dentaire*, en se rapportant au quatrième degré de l'école française, que nous nous trouvons en face d'une maladie spéciale, qu'il appelle *nécrobiose dentaire*, et ensuite dans la classification qu'il propose il donne cette nécrobiose comme le quatrième degré de la carie.

Confessons que, d'après ces données, nous ne devons pas continuer nos commentaires, parce que, si elle est spéciale, elle ne peut être logiquement une carie.

Reprenant de nouveau le travail de mon cher confrère, je dis que

la description qu'il fait des tissus dentaires constitue à elle seule une attestation suffisante de la compétence de son auteur. L'exposition est claire, correcte et parfaitement développée.

Il y a, néanmoins, un point très important et qui est en rapport intime avec notre sujet, sur lequel je demande la permission de différer. Je veux parler de son premier degré de carie dentaire, où il inclut la cuticule de Nasmyth dans les tissus attaqués par la carie.

Cette cuticule est considérée par notre érudit confrère comme un tissu faisant partie constamment des tissus dentaires.

Elle n'a d'importance que pour le physiologiste et l'embryologiste et surtout pour ceux qui, comme Tomes, s'adonnent à des études d'anatomie comparée et phylogénétiques.

Ce tissu n'existe pas dans les dents d'adultes parce que, comme nous le verrons, il ne résiste pas aux diverses actions mécaniques, auxquelles les dents sont sujettes dans notre cavité buccale, et si quelquefois le microscope nous montre une couche irrégulière couvrant extérieurement l'émail, nous pouvons garantir qu'elle n'est formée que de dépôts de substances étrangères à la dent. Parmi ces substances, le tabac occupe une grande place.

Nous ne pouvons encore dire par l'état actuel de développement de la science, si ce tissu représente des vestiges de la membrane préformative ou de la couche de l'épithélium interne de la membrane adamantine, ou finalement si, comme pense Tomes, enclin aux études comparées et à la théorie des modifications successives, c'est une portion du sac dentaire du follicule qui, dans la région de la couronne de la dent, ne s'est pas ossifiée.

Dans une de ces hypothèses, jamais nous ne pourrons nier que la cuticule de Nasmyth soit formée par une substance amorphe kératinisée. Cette kératine est une albumine coagulée, par conséquent organique.

Nous y rencontrons des vestiges de dépôts minéraux, mais elle ne laisse pas pour cela d'être un tissu mou, et c'est pour cette raison qu'elle ne résiste pas aux traumatismes mécaniques.

Mon noble confrère inclut, dans sa classification, la destruction de la cuticule de Nasmyth dans le tableau symptomatique de la carie du premier degré.

S'il en est ainsi, mon confrère présente la carie comme commençant sur un tissu organique mou, ce qui n'est pas non plus d'accord avec la définition.

Le professeur de Caccia de l'école italienne, auteur d'un important et récent ouvrage sur la chirurgie dentaire, adopte la classification française et, en décrivant la carie du premier degré, il parle de la cuticule, mais il dit que la carie ne se manifeste qu'après la disparition de ce tissu.

Je crois que si nous pouvions, par un moyen quelconque, conserver la membrane de Nasmyth, nous serions à jamais débarrassés de cette affection dévastatrice qui a donné naissance à la chirurgie dentaire.

Il y a, dans le travail de mon noble confrère, un point sur la description des tissus dentaires que je n'ai pu comprendre clairement. Je n'en parlerai donc pas.

Ces considérations ont pour but d'éclairer davantage un sujet important sur lequel nous allons émettre notre opinion, qui dans ces conditions doit être le résultat d'une étude approfondie.

Je prie l'auteur du travail sur la classification et les autres confrères d'accepter ma modeste collaboration comme un faible auxiliaire de leurs efforts pour établir une uniformité de vues sur la classification de la carie dentaire au Brésil.

Comme j'ai déjà eu l'occasion de le déclarer, je trouve que la classification de l'Ecole dentaire de Paris n'est pas, à mon avis, en désaccord avec la définition, puisque chacun de ses degrés a des éléments propres de diagnostic et des indications thérapeutiques définies ; mais pour plus de clarté et pour éviter des confusions dans l'esprit de ceux qui s'initient à notre profession, je propose quelques modifications.

Considérant quelques opinions que j'ai déjà eu la satisfaction d'entendre, je dénomme périodes les divers états de carie dentaire désignés par l'anatomie pathologique et par la clinique et nous aurons ainsi :

Carie de la 1re période. — Altération suivie de destruction de l'émail. L'étude anatomo-pathologique montre l'existence d'une simple tache, une petite rugosité ou finalement une petite cavité.

Nous ne pouvons encore rien dire de positif sur le début de la carie par le cément dentaire tant que nous n'aurons pas élucidé l'étude des érosions dentaires de nature chimique, sujet très controversé et d'une bibliographie assez étendue.

Carie de la 2e période. — Destruction consécutive de l'émail et de la dentine caractérisée uniquement par l'existence d'une petite cavité. Dans cette période et dans celles qui se suivent, la carie peut atteindre le cément, si par une anomalie de la dent la cavité se dirige vers le collet.

Carie de la 3e période. — Destruction consécutive de l'émail et de la dentine avec invasion de la chambre pulpaire.

Le plus souvent l'aspect de la cavité cariée dans cette période est, après un léger examen, pareil à celui du deuxième, puisqu'une couche de dentine cariée existe encore entre la couche pulpaire et la dite cavité.

Cette dentine ne réagit plus contre l'infection ni contre les excitations ; par conséquent elle ne peut plus être considérée comme

tissu de la dent, attendu qu'elle a perdu la propriété caractéristique des éléments vivants.

Cette période de la carie dentaire est constamment suivie ou accompagnée d'un état pathologique de la pulpe : la pulpite.

Cette pulpite finalement doit se manifester, raison pour laquelle l'école française l'indique pour diagnostiquer la carie du troisième degré, qui continue à dévaster les tissus durs de la dent. Finalement, cette pulpite est considérée par l'Ecole dentaire de Paris comme élément de diagnostic du troisième degré de la carie.

Carie de la 4e période. — Le fond de la cavité cariée est représenté par la chambre pulpaire, qui forme un seul corps avec elle.

Tel est le modeste travail que j'ose présenter à l'Institut brésilien d'Odontologie. Les points sur lesquels ma faible érudition n'a pas donné le développement nécessaire seront ultérieurement expliqués avec plaisir, d'après les facultés que je possède.

Rio, 1er octobre 1902.

(A suivre.)

CONTRIBUTION A LA FABRICATION DES COURONNES MÉTALLIQUES

Par M. d'Argent,
Professeur suppléant à l'École dentaire de Paris.

(Communication à la Société d'Odontologie de Paris. Séance du 7 avril 1903).

La communication que je vais avoir l'honneur de vous faire ne comporte qu'un perfectionnement d'outillage, qui aurait pu vous être présenté parmi les communications diverses de notre « Tribune libre ».

Si j'ai prié notre secrétaire général de l'en faire sortir, c'est que j'ai pensé que nous devions surtout réserver cette rubrique pour les présentations d'importance secondaire, pour les petits perfectionnements, les tours de main, les améliorations de procédés n'offrant pas matière à une longue discussion, ou ne touchant pas à une branche essentielle de notre technique.

C'est ainsi que les couronnes métalliques et les « bridge-works » sont susceptibles de retenir toute notre attention, car ils ont quelque peu révolutionné la prothèse dentaire et ouvert de nouveaux et brillants horizons aux praticiens qui s'occupent de la restauration des organes masticateurs. Pour l'instant, je ne parlerai que des couronnes métalliques dont je n'ai pas hésité à mettre ouvertement la question à l'ordre du jour, dans l'espoir qu'elle donnera lieu à un débat profitable.

Dans l'espèce, il s'agit de vous présenter et de vous faire connaître une série d'instruments dont l'ensemble constitue un appareil permettant la fabrication rapide des couronnes métalliques, d'une seule pièce et sans soudure.

Cet appareil n'est pas de mon invention et son ingénieux auteur est un mécanicien-dentiste, M. Wiederkehr, d'Albertville (Savoie). Je m'en sers depuis dix-huit mois et il m'a donné complète satisfaction.

L'absence de toute communication à ce sujet, dans notre milieu scientifique, et même dans les autres Sociétés de

Paris, m'a donné la conviction que seul, probablement, je suis en possession de l'appareil de M. Wiederkehr ; je considère donc comme un devoir de ne pas vous le laisser ignorer plus longtemps. J'ai mis, du reste, ce retard à profit pour en tirer le meilleur parti possible et établir une méthode simple d'application.

Il n'entre pas dans le cadre de cette présentation de vous refaire l'historique de la technique des couronnes métalliques. Cette étude fut parfaitement résumée, en juin 1902, par notre très compétent confrère, M. Harwood, de Lyon, et publiée dans L'*Odontologie* du 15 septembre suivant. J'ai trouvé dans cette communication le compte rendu d'une démonstration faite par M. Pont, à l'aide d'un appareil dû à M. Sutter et qui doit avoir une certaine analogie avec celui de M. Wiederkehr.

Voici en quoi consiste l'appareil Wiederkehr. Il comprend sept parties :

1° *Le pied,* une masse cylindrique en acier (ayant $0^{m}06$ de diamètre à la base et $0^{m}05$ de hauteur) ; ce pied est percé, suivant son axe, d'un trou également cylindrique ayant $0^{m}025$ de diamètre. A sa partie supérieure, se trouve un épaulement intérieur circulaire, profond de $0^{m}01$ et agrandissant l'ouverture, portée à $0^{m}04$, pour recevoir la rondelle.

2° *La rondelle*, bloc d'acier cylindrique s'ajustant exactement sur l'épaulement du pied, qu'elle dépasse d'un centimètre. Comme le pied, elle est percée, suivant son axe, et elle possède également un petit épaulement, mais de proportion moindre. C'est sur cet épaulement que doit être posée la plaque de métal à emboutir.

La rondelle est l'âme de l'appareil, qui en comprend douze, mais pourrait en avoir un nombre illimité, ne différant entre elles que par le diamètre de la rainure et du trou central ;

3° *Le guide*, cylindre en acier ayant $0^{m},11$ de haut et percé au même diamètre que le pied; à sa base il a une rainure identique à celle de la partie supérieure du pied et dans laquelle la rondelle s'encastre.

4° *Le mandrin*, tige métallique glissant dans le guide à frottement lisse ; un bout du mandrin, de moindre diamètre, peut pénétrer dans la rondelle avec un certain jeu, égal à l'épaisseur du métal à emboutir. Il y a autant de mandrins que de rondelles, et ces objets sont apairés et numérotés.

Ces quatre pièces servent à emboutir le métal, lui donnant la forme d'un dé.

On a ensuite :

5° *Les poinçons*, qui sont des tiges en bronze dont une extrémité affecte la forme d'une prémolaire ou d'une molaire ;

6° *Les plaques de plomb*, au nombre de deux ; elles ont environ un centimètre d'épaisseur et peuvent être de dimensions quelconques ; on leur donne généralement dix centimètres carrés ;

7° *Le maillet*, qui est en bois dur, et dont le poids est assez considérable.

Avec l'appareil de Wiederkehr on peut envisager deux hypothèses :

1° Faire une couronne métallique quelconque, de grosse ou de petite molaire, sans tenir un compte absolu des contours et de l'engrènement des dents ;

2° Faire une couronne bien adaptée au collet et présentant une face triturante s'articulant parfaitement avec les dents antagonistes.

I. — Pour faire une couronne métallique quelconque sans tenir un compte exact des contours et de l'articulation, voici comment il faut procéder.

On découpe une plaque d'or à 22 carats et ayant 3/10 de millimètre d'épaisseur, de manière qu'elle s'ajuste assez exactement dans la rainure tracée dans la rondelle ; on place la rondelle sur le pied, on la couvre avec le guide, on introduit ensuite dans celui-ci le mandrin portant le même numéro que la rondelle, et l'on frappe sur ce dernier avec le maillet. La plaque passera dans la rondelle et recevra une première empreinte lui donnant la forme d'un dé. On continuera cette opération en employant les rondelles

et les mandrins suivants, jusqu'à ce qu'on obtienne un dé ayant le diamètre de la dent que l'on veut recouvrir.

Je rappelle que le métal doit être chauffé à blanc, puis refroidi avant chaque manipulation.

On a intérêt à employer la plus petite rondelle possible. Ce choix dépend de la hauteur et de la largeur de la dent reconstituée ; on prend une rondelle dont le diamètre soit égal à la largeur de la dent, plus deux fois sa hauteur, ces mesures étant prises dans ses plus grandes dimensions.

Il faut aussi déterminer d'avance le calibre du mandrin auquel on doit s'arrêter dans la confection du dé. Pour cela, il n'y a qu'à enrouler un fil de fer mince autour du collet de la dent et à le développer. J'ai établi un tableau comprenant la mesure rectiligne de tous les mandrins de l'appareil, et il n'y a qu'à présenter le fil de fer devant ces mesures pour avoir le numéro du mandrin à employer. Au cas où la dimension tomberait entre deux numéros, c'est le plus faible qu'il faut choisir.

Je tiens à faire remarquer que, dans ses modifications successives, les flancs du dé seuls s'amincissent, tandis qu'au fond le métal conserve toute son épaisseur. Lorsque le dé métallique est fabriqué, il faut le transformer en une couronne. Pour cela on le met l'une sur l'autre les deux plaques de plomb ; on choisit dans la collection un poinçon en bronze approprié et on l'appuie sur ces plaques ; puis on frappe avec le maillet en bois pour obtenir l'empreinte de la dent sur la plaque de plomb. Cette empreinte doit avoir 4 à 5 millimètres de profondeur. On retire alors le poinçon, on le met dans le dé et on place le tout sur l'empreinte en plomb.

On frappe sur le poinçon avec le maillet, jusqu'à ce qu'il commence à sortir de l'autre côté de la première plaque. On prend en main cette plaque et l'on achève de faire traverser complètement la couronne et l'extrémité du poinçon, à l'aide de petits coups de maillet.

Il n'y a plus qu'à découper la couronne et à l'ajuster suivant les contours de la dent à restaurer.

II. — Pour obtenir une couronne d'après l'empreinte exacte de la bouche, il faut d'abord bien rendre la dent de dépouille, et faire un modèle.

Puis on fait un poinçon avec le métal Darcet, par exemple et le contre-moule avec le même métal, en entourant le poinçon de la dent d'une feuille de papier pour avoir du jeu et loger les flancs de la couronne.

Lorsque ce poinçon est fait, on s'en sert comme je l'ai indiqué pour les poinçons annexés à l'appareil de Wiederkehr, et l'on peut obtenir une couronne parfaitement exacte de contours et d'engrènement.

Ce procédé de fabrication des couronnes métalliques est rapide et exige moins de précautions, de soins minutieux que les autres. C'est à ce titre qu'il m'a paru intéressant de le faire connaître.

Voir la suite page 394.

LE COLLARGOL EN ART DENTAIRE

Par M. Cahen, D. E. D. P., D. F. M. P.

(Communication à la Société d'Odontologie de Paris. Séance du 7 avril 1903).

MM. le Dr Netter, professeur agrégé à la Faculté de Paris et Salomon, interne des Hôpitaux, viennent, dans un article fort intéressant de la *Presse médicale*[1], d'attirer l'attention sur un médicament employé depuis quelque temps en Allemagne, le collargol.

« L'argent colloïdal ou collargol se présente sous forme de petits grains noirs à reflets métalliques, s'écrasant facilement. Il n'a pas d'odeur et son goût n'est pas trop désagréable. Il n'est ni caustique ni irritant. Il se dissout dans l'eau dans une proportion de 1 pour 25 : les solutions ont une couleur brune, olivâtre ou noirâtre, rappelant certaines bières foncées... »

En 1895 Crédé l'emploie dans le traitement des maladies infectieuses chirurgicales et médicales. Depuis on l'a administré en médecine vétérinaire dans la septicémie hémorragique des chevaux, dans la dysenterie des veaux, etc. Les cas dans lesquels le collargol a été employé chez l'homme n'ont pas été rapportés en moins grand nombre. Crédé dans sa première communication signalait surtout les bons résultats obtenus dans la lymphangite, les phlegmons, la septicémie et les processus septiques secondaires. Il montrait que l'on peut, au moyen de frictions, faire avorter les phlegmons traités avant suppuration. « Là où le pus est formé, l'emploi du collargol ne saurait dispenser de l'intervention chirurgicale, mais il n'est pas moins utile pour hâter la guérison. »

MM. Netter et Salomon citent, de leur côté, la phlegmatia alba dolens, les scarlatines graves, les pseudo-rhumatismes, la méningite cérébro-spinale, le charbon, etc.

---

1. *Presse médicale*, nº du 11 février. Paris, 1903.

« Mais si l'action thérapeutique de l'argent colloïdal, disent-ils, ne nous paraît pas discutable, nous serons beaucoup moins affirmatifs pour ce qui est de la nature de son action...

» Si l'on place une lame d'argent métallique sur une couche d'agar ensemencée, on voit les microbes se développer sur le milieu de culture, sauf au niveau du point de contact avec le métal et dans une étendue plus ou moins grande suivant les cas, étendue dont Beyer a même proposé de tenir compte pour apprécier la virulence des microbes. Si l'on enlève la lame métallique, et si l'on ensemence à nouveau les régions demeurées stériles, celles-ci resteront indemnes ; il persiste donc une substance bactéricide que Crédé et Beyer ont démontré être le lactate d'argent...

» L'argent colloïdal a également une action bactéricide ainsi que l'ont montré Baldoni, Brunner, Beyer et Cohn. Baldoni a pu tuer avec une solution à 1 pour 100 le staphylococcus albus en vingt minutes, le staphylococcus aureus en trente minutes, le streptococcus pyogenes en trente-deux minutes.

» Cohn, avec une solution à 1 pour 30, détruit le staphylococcus aureus en dix heures, le streptococcus pyogenes en huit heures, le bacille de Lœffler en six heures, la bactéridie charbonneuse non sporulée en quatre heures.

» Les chiffres de Brunner sont sensiblement analogues à ceux de Cohn (douze heures pour le staphylococcus aureus avec la solution à 1 pour 30).

» Nous voyons donc en somme que l'action bactéricide du collargol n'est pas très intense ; mais il n'en est pas de même de son action empêchante, qui est considérable. Du sérum sanguin ou du bouillon de viande, dans lesquels de l'argent colloïdal a été dissous, demeurent stériles pendant des mois, même dans les conditions les plus défavorables (Beyer). Le staphylococcus aureus ne se développe pas dans des milieux ayant reçu 1 de collargol pour 2000 (Crédé), pour 5000 (Cohn), pour 6000 (Brunner)...

» Mais quel peut-être le mécanisme de l'action de l'argent

colloïdal? Nous croyons qu'il ne faut pas l'attribuer exclusivement aux propriétés antibactériennes de l'argent, comme l'a pensé Crédé. Sans doute l'argent est un antiseptique, mais les expériences que nous avons signalées de Brunner, de Cohn et même de Beyer semblent établir que, sous la forme colloïdale, le pouvoir antibactérien de l'argent est moindre que celui des diverses combinaisons de ce métal. Nous croyons aussi que l'action empêchante de l'argent colloïdal n'est pas suffisante pour expliquer tous les effets, et nous pensons que pour une part, sans doute beaucoup plus grande, il faut faire intervenir le pouvoir catalytique, analogue à celui des ferments, que présentent les métaux à l'état de division extrême (mousse de platine) ou à l'état colloïdal (métaux colloïdaux), ainsi que l'a déjà exprimé Wenchebach... »

Il nous a paru intéressant de rechercher si ce produit est susceptible de rendre des services en art dentaire. Nous avons pensé qu'il se comporterait dans une dent comme il se comporte dans le sang et, sans chercher à guérir un abcès dentaire par son emploi exclusif, nous nous en sommes servis pour éviter l'abcès dans les cas de carie pénétrante avec périodontite, et pour empêcher une dent atteinte de 4e degré de s'infecter à nouveau.

En nous inspirant de ce raisonnement nous avons appliqué le collargol avec un succès constant dans trente cas de carie du 3e et du 4e degré.

Voici notre manière de procéder : la dent étant préalablement nettoyée et débarrassée de toutes ses impuretés et desséchée à l'alcool, nous introduisons dans le canal dentaire, sans l'y laisser, une mèche d'ouate imbibée d'une solution aqueuse saturée de collargol, préparée extemporanément.

Il suffit d'insuffler un peu d'air froid pour faire disparaître l'eau, le collargol se précipite. Nous obturons alors à la gutta ou au ciment, suivant la méthode ordinaire. Actuellement sur les trente cas que nous avons étudiés, dix-neuf sont obturés au ciment, les onze autres sont en observation.

Ces trente cas se décomposent comme suit :

Carie du 3ᵉ degré	12
Carie du 4ᵉ degré sans complication	12
Carie du 4ᵉ avec périodontite	4
Carie du 4ᵉ avec abcès	1
Carie du 4ᵉ avec fistule	1

Dans ce dernier cas la fistule était ancienne ; nous avons traité la dent avec l'eau oxygénée et la fistule par des pointes de feu ; nous avons obturé la dent dès le premier jour pardessus une couche de collargol et nous avons revu le patient huit jours après. Nous avons alors obturé définitivement et revu le sujet un mois après. Pas d'accidents.

Nous vous citerons également le cas d'une violente périodontite au niveau de deux incisives supérieures. Les deux dents soignées à l'eau oxygénée ont été obturées suivant notre méthode; pas d'accident. Chez un autre malade, une incisive centrale atteinte de 4ᵉ degré a été obturée suivant notre méthode; elle a présenté pendant quatre ou cinq jours un peu de périodontite ; le semaine suivante, sans que nous ayons touché au pansement, les phénomènes inflammatoires ont disparu et nous avons pu l'obturer définitivement.

Nous avons communiqué ces résultats à notre maître, M. le Dʳ Frey, qui, de son côté, a eu l'occasion d'employer également le collargol d'une façon un peu différente de la nôtre et en a retiré de sérieux avantages, notamment dans un cas d'infection persistante : l'application du collargol fut suivie d'une guérison rapide.

M. le Dʳ Frey l'a également employé en coiffage dans les caries du 2ᵉ degré avancé.

Le collargol présente, au point de vue pratique en art dentaire, outre son pouvoir antiseptique indéniable, l'avantage d'une manipulation et d'une application faciles jointes à une absence totale de goût et d'odeur. De plus il nous permet de supprimer l'introduction à demeure d'une mèche dans les canaux dentaires.

Encouragé par ces succès obtenus depuis deux mois seulement, nous allons continuer l'application méthodique du

collargol, nous l'étendrons à un plus grand nombre de cas ; nous les observerons avec soin, tout en continuant à suivre les malades déjà traités et nous pensons dans quelque temps vous communiquer les résultats obtenus.

D'ici là nous serons très heureux de voir nos confrères étudier de leur côté ce médicament, qui nous paraît devoir prendre une certaine importance dans notre pratique journalière. Nous nous tenons à leur disposition pour leur en démontrer le manuel opératoire.

RENSEIGNEMENTS UTILES

La ligne: 20 francs par an, Lignes en sus: 10 fr. la ligne dans 24 numéros.

HOTELS

Gr. Hôtel Dieppe, 22, r. d'Amsterdam, PARIS. Ch. tr. conf. dep. 3 fr.

IMPRESSIONS EN TOUS GENRES.

A. Mellottée, imprimeur de *L'Odontologie*, à CHATEAUROUX.
J. Fanguet, Georges Clotte, successeur, fournisseur de l'*École Dentaire*, 28, rue d'Enghien, à PARIS.

MATIÈRES OBTURATRICES.

Email Plastique. **Vve Jules Friese,** 3, rue de Londres, PARIS.
Amalgame Fellowship.
L'Or Universel.
Ciment Vilcox.
Société Française de Fournitures Dentaires. TÉLÉPHONE 214-47.

OPALINE, MEUBLES ASEPTIQUES.

L. Deglain, 88 et 92, quai Jemmapes, PARIS.

PRODUITS ANESTHÉSIQUES.

Anestile. **Dr Bengué,** 47, rue Blanche, PARIS.
Anesthésique local du Dr R. B. Waite.
Somnoforme.
Société Française de Fournitures Dentaires. TÉLÉPHONE 214.47.

PRODUITS PHARMACEUTIQUES

Dentino-pulpine, Baume et *Pâte*, chez tous les fournisseurs.
Formyl-Géranium.
Obtunda, insensibilisation de la dentine.
Renalia, adrénaline.
Xyléna. Liquide antiseptique.
Société Française de Fournitures Dentaires. TÉLÉPHONE 214-47.

PROTHÈSE A FAÇON.

Lalement et Coutif, 5, rue de Laborde (Travaux artistiques). TÉLÉPHONE 550.73.
Charles Mille, 15, rue du Four, PARIS-6e.
B. Platschick, 3, rue Ventadour (*Laboratoire spécial*). TÉLÉPHONE 222.82.

RECOUVREMENTS D'HONORAIRES.

Syndicat Français, 131, boulevard de Sébastopol, PARIS.



SOCIÉTÉ D'ODONTOLOGIE DE PARIS

Séance du 7 avril 1903.

Présidence de M. Loup, vice-président.

La séance est ouverte à 8 h. 35.

I. — Procès-verbal et correspondance.

Les procès-verbaux des séances du 3 février et du 3 mars, qui ont été publiés dans le journal *L'Odontologie*, nos des 15 et 30 mars, pages 237 et 273 sont adoptés à l'unanimité.

Le secrétaire général donne lecture d'une lettre du Dr Thoumire, s'excusant de remettre à nouveau sa communication sur les kystes dentigères.

M. Delair prie la Société de l'excuser : il est contraint de reporter sa communication au mois de mai.

M. Viau s'excuse aussi de ne pouvoir faire sa communication sur la cocaïne.

Une discussion s'engage au sujet de la nécessité de provoquer, au sein même de la Société d'Odontologie, un travail complet de statistique sur les accidents de la cocaïne, tels qu'ils résultent des affirmations récentes de MM. Reclus et Galippe à l'Académie de médecine.

La Société ajourne cette question après la communication sur la cocaïne promise par le Dr Sauvez pour la séance de mai : la cocaïne en art dentaire.

Le secrétaire général, regrette d'être prévenu en séance seulement des décisions de trois auteurs de communications annoncées ; s'il avait été prévenu plus tôt, il aurait pu faire appel à d'autres membres de la Société et compléter le programme, qui subitement se trouve presque anéanti. Il engage les auteurs des communications futures à le prévenir quelques jours à l'avance lorsqu'ils ne pourront donner le travail annoncé.

II. — Le collargol en art dentaire.

M. Cahen donne lecture d'une communication sur ce sujet (V. d'autre part, p. 389).

Discussion.

M. Gillard. — Nous savons tous que l'argent métallique et les sels

d'argent noircissent les dents au contact desquels ils sont déposés. M. Cahen peut-il nous dire si le collargol n'amène pas une coloration noirâtre des dents ?

M. Cahen. — Les observations sont encore trop récentes pour que je puisse répondre à M. Gillard avec une certitude absolue : je n'ai pas observé, jusqu'à ce jour, de coloration des dents traitées par le collargol. Toutefois je ne pense pas que cette coloration puisse se produire parce que c'est dans le canal que j'applique le médicament.

M. Friteau. — Le collargol est de couleur brun-noirâtre ; s'il est vrai, comme l'a dit M. Cahen, que le collargol pénètre dans les canalicules dentinaires, il me semble impossible que la dent tout entière, aussi bien la racine que la couronne, ne prenne pas, au bout d'un temps variable, une coloration noirâtre. Les guérisons de caries du quatrième degré, que M. Cahen nous apporte, ne peuvent être mises complètement sur le compte du collargol, puisque la désinfection des canaux des dents traitées a été faite avec l'eau oxygénée. M. Cahen n'obture pas les canaux : il se contente d'introduire, durant quelques instants, dans le canal une mèche d'ouate imbibée de collargol et il ne laisse pas de mèche à demeure. Sans collargol on peut obtenir les mêmes résultats, puisque M. Loup nous a dit récemment que, sans obturer les canaux, il obtenait de magnifiques succès. Enfin, en matière de carie du quatrième degré, on ne peut affirmer l'excellence d'un procédé qui ne s'abrite que derrière des observations datant de deux mois. Des observations plus longues nous fixeront mieux sur la valeur du collargol en thérapeutique dentaire.

M. Loup. — Le collargol contient à peu près 97 o/o d'argent, et, malgré cette forte proportion du métal, je crois que nous n'avons pas à redouter la coloration des dents, surtout si nous avons soin de déposer le pansement au collargol dans la moitié du canal radiculaire la plus rapprochée de l'apex. M. Cahen nous a dit que le collargol a un pouvoir antiseptique considérable ; or, les travaux que j'ai lus sur ce médicament lui attribuent une puissance microbicide très faible, puisque une solution de collargol à 30 o/o n'est capable de détruire le staphylocoque pyogène doré qu'au bout de dix heures. Le collargol est un stimulant de la phagocytose, mais ce n'est pas un antiseptique ; sur ce point, je me sépare de M. Cahen.

M. Cahen. — L'observation de M. Loup est juste, d'après M. Netter le collargol n'a pas de pouvoir antiseptique ; il n'a que le pouvoir de s'opposer à la reproduction des bactéries.

M. Viau. — Je partage l'opinion de M. Friteau en ce qui concerne l'envahissement progressif de la coloration noire. — Il y a quelques années, je faisais, dans certaines caries du deuxième degré, chez des enfants, le plancher de mon obturation avec de l'amalgame de cuivre, et, sur cet amalgame, je construisais une aurification. A la

longue je constatai, malgré l'absence de perméabilité de mon obturation, que les dents ainsi traitées devinrent bleuâtres depuis la face triturante jusqu'au collet. Je pense donc que si, avec le collargol, la pointe de la racine noircit, la coloration noire se propagera fatalement à toute la dent.

M. Loup adresse à M. Cahen de sincères félicitations pour son intéressant travail.

III. — CONTRIBUTION A LA FABRICATION DES COURONNES MÉTALLIQUES.

M. D'Argent donne lecture d'une communication sur ce sujet (V. d'autre part, p. 383).

DISCUSSION.

M. Platschick. — L'appareil présenté par M. d'Argent n'offre pas d'avantages appréciables sur ceux que nous connaissons déjà. Les appareils à presse de Sharp et de Kidder, entre autres, me paraissent d'un emploi plus facile. L'appareil de Kidder a l'avantage de réunir, sous un petit volume, l'emporte-pièce pour découper les flancs de la couronne et la presse pour emboutir la couronne ; il supprime l'emploi du maillet de l'appareil de Wiederkehr.

Je ne crois pas non plus que le système préconisé par M. d'Argent, pour faire une couronne avec un moule et un contre-moule, soit le meilleur parmi tous ceux qui ont été imaginés. Je préfère estamper la couronne dans un moule creux, cassé en deux morceaux, que l'on place dans la bague même où le moule a été coulé. On peut aussi, et le résultat est excellent, estamper la couronne sur un modèle métallique reproduisant fidèlement la dent, et placé dans un appareil comme celui de Gesell, où le contre-moule est remplacé par de la grenaille de plomb qui transmet en tous sens la pression donnée par le piston de la presse.

M. Gillard. — La communication de M. d'Argent met en lumière un procédé pratique et rapide pour l'emboutissage du cylindre et pour l'estampage de la couronne ; mais, d'après ce procédé, la couronne est toujours *de dépouille*, c'est-à-dire à faces parallèles. Le procédé indiqué sommairement par M. Platschick nous donne le moyen de construire des coiffes à forme normale. Dès 1892, j'enseignais le procédé, classique d'ailleurs, du modèle en deux parties dont a parlé M. Platschick pour la fabrication des couronnes à collet rétréci ; je ne me servais pas de grenaille de plomb, il est vrai ; je faisais le bourrage avec du caoutchouc à digue et j'estampais avec un mandrin. J'avais même supprimé l'ennui du moule en deux parties : je faisais un moule creux en zinc ou en un autre métal facilement fusible, je le recouvrais préalablement de blanc d'Espagne, et j'estampais la couronne dans ce moule avec le bourrage de caout-

chouc. Pour retirer la couronne, je fondais le moule et j'obtenais ainsi, si l'orifice du moule avait été construit de façon à représenter exactement le contour de la racine à coiffer, une couronne parfaitement ajustée sur la racine. Je conseille toujours pour la confection des couronnes l'emploi de l'or fin, et je renforce la face triturante avec de la soudure au moment où je soude les crampons.

M. d'Argent. — Les procédés dont parlent, avec toute leur compétence, MM. Platschick et Gillard, donnent des résultats excellents. L'appareil de M. Wiederkehr a l'avantage d'une simplicité plus grande et d'une application plus rapide : il nous permet de confier, avec un minimum de chances d'erreur, la fabrication des couronnes à nos mécaniciens. Sans vouloir engager de discussion avec M. Gillard, je ne crois pas qu'il y ait un réel avantage à obtenir des couronnes d'or étranglées au collet, car ces étranglements constituent des espaces où les aliments séjournent et fermentent. D'ailleurs les dents que nous coiffons sont d'habitude des dents presque complètement découronnées, et il n'y a aucune indication spéciale de les recouvrir de couronnes étranglées : les couronnes cylindriques me paraissent supérieures dans la très grande majorité des cas. Lorsque nous nous trouvons en présence de dents dont les couronnes, presque intactes, ne sont pas de dépouille, il n'y a qu'à les rendre de dépouille par le moulage, ce qui est toujours aisé, puisque je pense que l'on ne doit pas mettre de couronnes sur des dents non dévitalisées.

M. Platschik. — Je crois avec M. d'Argent que les couronnes cylindriques sont meilleures que les couronnes étranglées au collet. Mais je n'en persiste pas moins à juger l'appareil de Wiederkehr inférieur à ceux que nous connaissons actuellement. Le système d'un moule sur un contre-moule n'est certainement pas aussi bon que le système d'un creux en deux morceaux, comme je l'ai dit tout à l'heure, ou en un seul morceau comme l'indique M. Gillard.

M. Gillard. — Lorsque j'ai parlé de coiffes étranglées, de forme naturelle, je n'ai pas pensé au coiffage de dents presque entières, et surtout de dents non dévitalisées. Je ne suis pas assez partisan des couronnes pour les employer dans des caries où je considère qu'une obturation rendra autant de services. Je ne parle que de coiffes ajustées sur des racines. Je prétends que les couronnes doivent reproduire la forme des dents qu'elles coiffent, et que, comme les dents, les couronnes doivent avoir leur collet étranglé ; autour d'une couronne étranglée, les aliments ne séjourneront pas plus que dans un interstice dentaire normal. Il faut que nous sachions construire des couronnes avec un ajustement parfait du collet rétréci sur la racine, et une face triturante aussi large que la dent à recouvrir ; c'est le seul moyen d'avoir d'excellents résultats de reconstitution et de durée ; il est aisé de construire de semblables coiffes avec le creux d'un seul

bloc, ou même avec le creux en deux morceaux de M. Platschick ; avec l'appareil de Wiederkehr, cela est impossible : il ne peut que construire des coiffes cylindriques.

M. d'Argent. — Je répète qu'en vous apportant l'appareil de Wiederkehr, je n'ai pas eu l'intention de vous fournir un appareil capable de faire toutes sortes de couronnes ; il a l'avantage de faire rapidement des couronnes à face triturante bien articulée et à collet suffisamment adapté sur la racine ; il m'a donné de bons résultats, mais il n'enlève aucun mérite aux autres procédés et appareils connus.

M. Loup. — Je remercie M. d'Argent de sa communication de pratique courante, dont l'intérêt n'échappera à personne. L'appareil qu'il nous apporte a une grande rapidité d'exécution ; je ne crois pas cependant qu'il donne au collet l'ajustement suffisant, et il est probable que nombre de confrères, malgré l'appareil de Wiederkehr et malgré d'autres appareils à fabriquer des coiffes métalliques, continueront à fabriquer leurs couronnes à la main.

IV. — Anesthésie générale par les vapeurs de coryl mélangées a l'air atmosphérique.

Par M. Touvet-Fanton,
Professeur suppléant à l'Ecole dentaire.

M. Touvet-Fanton donne lecture de sa communication qui sera publiée.

Discussion.

M. Friteau. — Je m'étonne que M. Touvet-Fanton essaie d'ériger en méthode un procédé basé sur l'emploi en anesthésie générale d'un médicament tel que le coryl, qui est exclusivement fabriqué pour l'anesthésie locale et qui est insuffisamment purifié. C'est là le premier reproche, et non le moindre que je ferai à M. Touvet-Fanton. D'autre part, le chlorure d'éthyle, dont le coryl n'est qu'un dérivé, provoque une hypnose de courte durée ; ceux qui ont suivi mon service à l'Ecole ont pu constater que le réveil suit de très près l'enlèvement de la compresse, et je me demande pourquoi M. Touvet-Fanton perd un temps si précieux en projetant le jet de coryl sur la région temporale. Durant ce temps-là, le malade respire à l'air libre et il tend à se réveiller : il vaudrait mieux supprimer ce jet sur la tempe et employer ce temps-là aux extractions. L'anesthésie des malades de M. Touvet-Fanton ne me paraît pas mériter le qualificatif de générale que son auteur lui attribue. En matière d'anesthésie générale, un malade dort quand il a perdu ses facultés intellectuelles, quand sa sensibilité et ses mouvements sont abolis ; or je dis que les malades de M. Touvet-Fanton ne sont pas « en anesthésie générale », puisqu'ils obéissent aux ordres de l'opérateur : nous avons entendu notre confrère nous dire que ses malades crachaient à son

ordre. C'est là une variété de sommeil anesthésique que je ne connais pas; c'est peut-être du sommeil hypnotique ; mais ce n'est pas là le sommeil de l'anesthésie générale vraie, dans le sens qu'il ne faut cesser de donner à ces mots. Les malades de M. Touvet-Fanton ne doivent dormir réellement, au sens chirurgical du mot, que lorsqu'ils sont soumis aux inhalations de coryl par la méthode de la compresse; je n'oserais pas pour ma part donner un anesthésique local comme le coryl en inhalations sur une compresse, et je tiens à m'élever contre une méthode basée sur l'emploi d'un anesthésique non préparé spécialement pour l'anesthésie générale.

En anesthésie générale, il est une règle que le procédé de M. Touvet-Fanton me semble négliger: c'est la mensuration des doses, c'est l'application du minimum d'anesthésique pour arriver à l'hypnose; la dose minima du chlorure d'éthyle est de 3 à 5 grammes; la dose maxima est de 10 à 12 grammes, et cette dernière dose ne peut être dépassée sans danger. M. Touvet-Fanton doit donner des doses supérieures à celles-ci. Je sais bien qu'il mélange le coryl avec l'air; c'est pour cela que je puis lui reprocher de donner trop de coryl, mais je lui reproche de ne pouvoir mesurer la dose qu'il administre.

M. d'Argent. — J'ai fait, en 1892, une étude complète sur le coryl considéré comme anesthésique local, et j'ai signalé le pouvoir hypnotique de ce produit. Il est indéniable que certains malades, surtout les anémiés, s'endorment rapidement dès qu'ils respirent le coryl mélangé à l'air; leur sommeil n'est précédé d'aucune excitation; il est obtenu en quelques secondes et le réveil est presque immédiat. Je ne pense pas que les quelques observations de ces anesthésies accidentelles soient suffisantes pour ériger en méthode l'emploi du coryl mélangé à l'air atmosphérique. Cette méthode présenterait, à mon avis, de graves dangers, car le coryl n'est pas fabriqué pour l'anesthésie générale: il n'offre pas de garanties de pureté suffisantes. En admettant même que lors de sa fabrication il soit indemme de tout produit toxique, il n'en est plus de même dès que le coryl est resté quelque temps dans un récipient qui a été ouvert et qui n'est plus parfaitement rempli. Je crois donc, avec M. Friteau, qu'il serait dangereux de conseiller l'emploi de la méthode de M. Touvet-Fanton.

M. Touvet-Fanton. — Je n'obtiens pas toujours une anesthésie générale complète, mais je l'obtiens souvent: si je veux obtenir la résolution musculaire complète, il me suffit d'administrer un peu de coryl par la méthode de la compresse; dans la plupart des cas, cette administration par la compresse est inutile et je déclare que mes malades dorment, puisqu'ils ne manifestent aucune douleur durant les extractions. Peu m'importe s'il s'agit d'une anesthésie générale complète, comme on l'entend au sens scientifique du mot; c'est un état de torpeur assez accentué pour abolir la sensibilité. Je n'ai pas dit que tous

mes malades obéissaient à mes injonctions : certains malades, d'un état nerveux spécial, présentent ces particularités d'obéissance ; c'est là un fait d'observation que j'ai noté au cours de mes expériences ; il est possible que ces malades-là soient hypnotisés.

M. Friteau. — Je persiste à déclarer que la méthode, coryl et air, ne peut convenir qu'à certains sujets anémiés et impressionnables, avec cette réserve qu'ils sont plutôt hypnotisés qu'anesthésiés. — Sur des sujets vigoureux, cette méthode ne donnerait aucun résultat sans le secours de la compresse, et j'ai dit ce que je pensais du coryl en tant qu'anesthésique général.

M. Roy. — Un point me paraît intéressant dans le travail de M. Touvet-Fanton : il empêche les malades de respirer par le nez. C'est là un détail très digne d'intérêt, qu'il serait bon de voir étendre aux autres anesthésiques ; il diminuerait peut-être les syncopes primitives, dont un grand nombre ont pour point de départ l'irritation de la muqueuse nasale par les vapeurs anesthésiques.

M. Viau. — J'ai observé avec le protoxyde d'azote des faits qui se rapprochent de ceux signalés par M. Touvet-Fanton. Certains malades, nerveux et impressionnables, tombaient, après l'opération et après s'être réveillés du sommeil anesthésique véritable, dans un état de torpeur tel que je pouvais, sans aucun signe de douleur, leur faire une autre extraction. Ils n'étaient plus anesthésiés, ils paraissaient hypnotisés comme semblent l'être les malades de M. Touvet-Fanton.

M. Touvet-Fanton. — La supériorité de mon procédé tient à ce que les malades respirent à la fois du coryl et de l'air atmosphérique; ils sont ainsi à l'abri de tout accident respiratoire. Je ne donne pas de doses trop fortes, comme le craint M. Friteau, puisque quelques inhalations me suffisent en quelques secondes pour plonger mes patients dans l'hypnose.

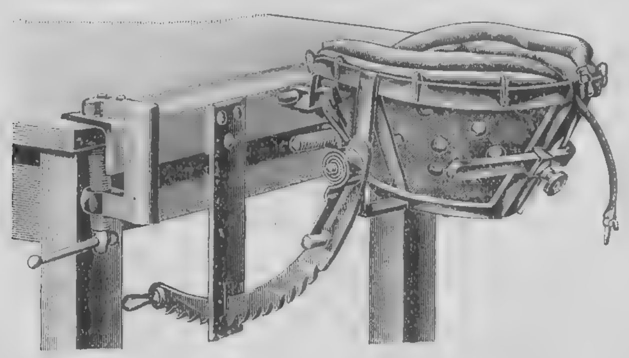
M. Loup. — Je remercie M. Touvet-Fanton de son intéressant travail et je pense que nos confrères y puiseront d'utiles renseignements.

V. — Appui-tête pour interventions chirurgicales dans la position de Röse.

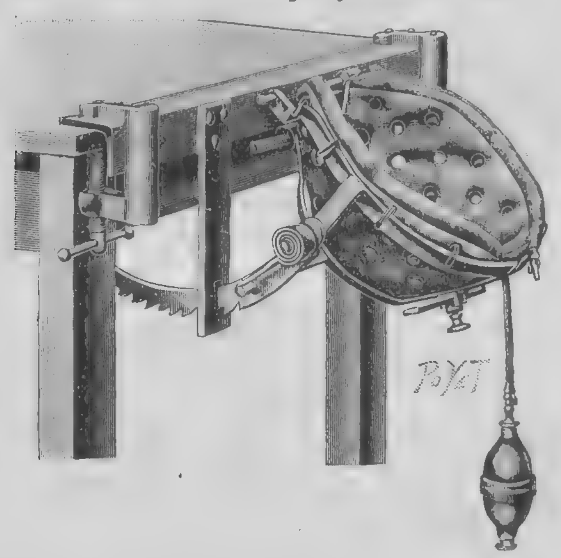
Par M. J. Sautier, D. F. M. P.

L'appui-tête que j'ai l'honneur de présenter à la Société d'Odontologie est destiné à rendre immobile la tête du patient, lorsqu'une intervention chirurgicale doit être faite dans la position de Röse. Il existe à l'hôpital Saint-Louis, dans le service du Dr Richelot, une table munie d'un appui-tête qui rend de grands services aux opérateurs, mais qui,

à mon avis, ne me semble maintenir suffisamment la tête du patient. J'ai eu l'occasion de voir, à l'hôpital Trousseau, le Dr Malherbe pratiquer, dans la position de Röse, toutes ses opérations sur le pharynx, et c'est dans ce service que l'idée m'est venue de remplacer l'aide tenant la tête par un appui-tête solide et résistant. D'autre part, un appui-tête me paraît indispensable à la chirurgie dentaire, surtout si la méthode d'extractions dans la position de Röse, que le Dr Friteau enseigne depuis 1899 à l'Ecole dentaire, arrive à se généraliser.

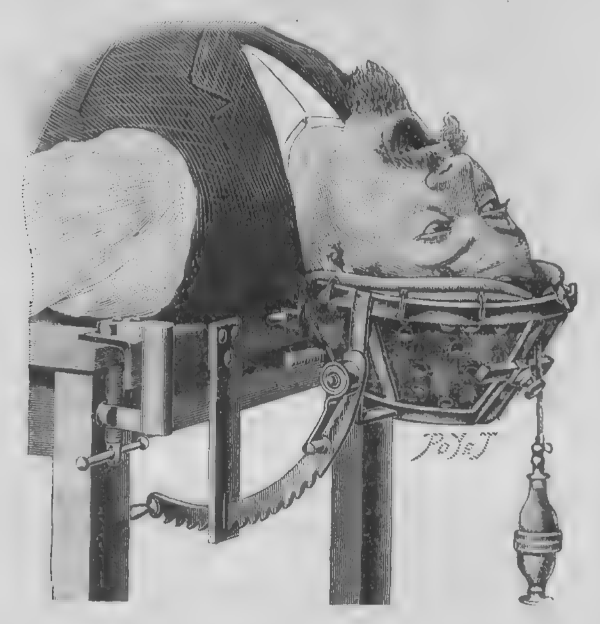


L'appui-tête — ou têtière — que j'ai l'honneur de vous pré-



senter est formé de deux larges demi-cercles, un fixe, l'autre mobile, afin de pouvoir diminuer le concavité de la têtière

pour l'adapter aux têtes de diverses dimensions. Ces demi-cercles, qui ont été moulés sur une tête, sont recouverts de coussins pneumatiques, en caoutchouc, qui portent sur leur périphérie un bourrelet dont le volume peut être augmenté à l'aide d'une soufflerie. L'appui-tête est facile à fixer sur une table à l'aide de deux vis; il est mobile sur une crémaillère, de sorte que la tête peut prendre toutes les positions depuis l'horizontale jusqu'à la verticale au-dessous du niveau de la table. Les demi-cercles et leurs coussins sont

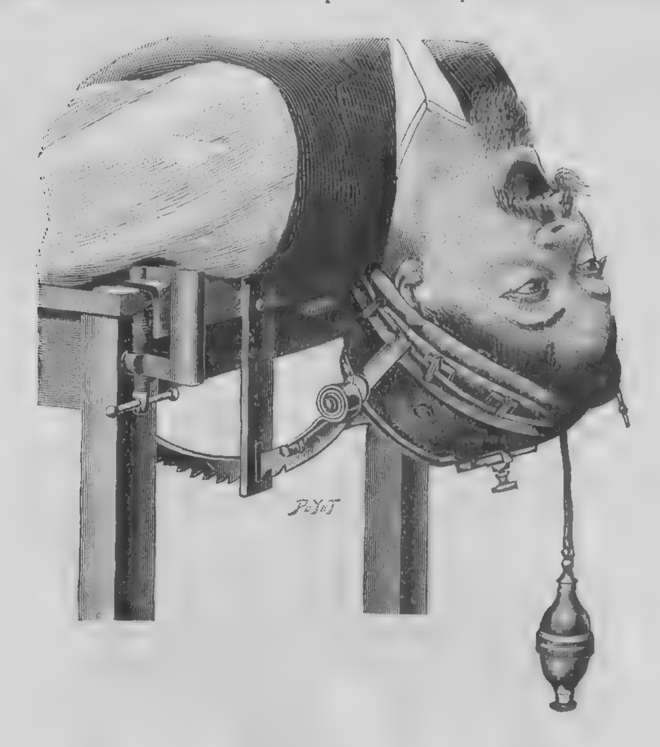


profonds ; ils sont disposés de façon à ce que la tête puisse y être enfoncée presque jusqu'aux sourcils : elle y est ainsi solidement maintenue et elle ne peut fuir sous les efforts de l'opérateur.

Discussion.

M. Friteau. — Je n'ai pas eu le temps d'examiner la têtière de M. Sautier de façon à pouvoir porter sur elle un jugement quelconque. Elle me paraît capable de nous rendre service dans nos anesthésies pour extractions dentaires dans la position de Röse, surtout si elle est susceptible de mouvements de rotation. Je suis tout disposé à l'essayer dans mon service d'anesthésie et de vous dire ensuite les services qu'elle peut nous rendre.

M. Roy. — Il est indispensable que cette têtière possède des mouvements de latéralité, autant pour nous permettre l'éclairage des



différents points de la cavité buccale que pour pouvoir débarrasser la bouche et le pharynx du sang ou des vomituritions qui les obstruent parfois au cours de l'hypnose.

M. Loup. — Je remercie M. Sautier de sa présentation, dont l'intérêt pratique me paraît incontestable; et, puisqu'il veut bien faire hommage à l'Ecole d'un de ses modèles de têtière, vous vous joindrez à moi pour le remercier de sa générosité.

VI. — Don au musée.

M. Debray, D. F. M. P., fait hommage au Musée de l'Ecole de douze petites pièces, très adroitement montées, qui reproduisent des anomalies radiculaires fort curieuses.

Le bureau de la Société remercie M. Debray de son gracieux don.

La séance est levée à 11 h. 1/2.

Le Secrétaire général,
Dr Friteau.





REVUE ANALITIQUE

ANESTHÉSIE

Dr Cruet, *La cocaïne en injections comme anesthésique local pour les opérations dentaires.* *(Revue de Stomatologie.)*

La cocaïne revient à l'ordre du jour et la *Revue de Stomatologie* nous donne *in extenso* deux communications sur ce sujet présentées devant l'Académie de médecine.

La communication de M. Reclus a été reproduite ici même. *(L'Odontologie*, 30.3.03.) M. Cruet dans ses conclusions se montre moins sévère encore que M. Reclus sur les précautions à prendre : il lui suffit, au lieu de la position strictement horizontale, « que le sujet soit bien assis, la tête appuyée et qu'il soit légèrement renversé dans un fauteuil. » M. Cruet emploie une solution à 1/80, mais ne dépasse pas 0,02 centigrammes d'alcaloïde par opération.

Enfin, il n'opère pas ses malades à jeun et, s'il ne peut pas saisir le moment le plus propice — trois ou quatre heures après le repas, — il a soin de faire absorber au malade, quelques instants avant l'opération, deux ou trois verres d'eau.

Ces précautions suffisantes prises, les accidents immédiats vertigineux, syncopaux que l'on peut observer ne relèvent pas de l'alcaloïde, celui-ci ne peut être mis en cause que chez les idiosyncrasiques, cas que l'on ne peut prévoir et qui ne doit pas faire écarter de manière absolue l'usage de la cocaïne.

DIAGNOSTIC

Ch. Vaillant et **Dr Rodier, *A propos de radiographie du maxillaire supérieur.*** *(Revue de Stomatologie.)*

M. Ch. Vaillant et le Dr Rodier développent une nouvelle méthode créée par eux pour radiographier le maxillaire supérieur. Ils critiquent d'abord les méthodes précédemment employées à cet effet et au nombre de trois, consistant : 1° à radiographier la tête placée de profil, ou même de face ; 2° à placer dans la bouche du malade maintenue dans la position choisie par des appareils appropriés une pellicule sensible, l'ampoule se trouvant placée au dehors à certaine distance de la face ; 3° à placer dans la bouche du sujet l'ampoule éclairante, la plaque sensible ou même l'écran fluorescent se trouvant en dehors comme dans la radiographie des membres ou du corps entier ; cette méthode porte le nom *d'endodiascopie*.

Ces trois méthodes éliminées en raison des appareils délicats

qu'elles nécessitent ou des déformations sous lesquelles se présentent les organes examinés, M. le Dr Rodier et M. Vaillant décrivent un procédé plus simple et plus exact, qui consiste « à introduire dans la bouche une pellicule Jougla de 6 1/2 × 9, sensible des deux côtés, soigneusement enveloppée d'un papier noir et d'un double papier paraffiné. Cette pellicule est supportée par un carton sur lequel on peut à volonté appliquer une feuille de plomb mince pour éviter le diffusion des rayons X. Le malade peut serrer l'ensemble entre les dents sans inconvénients. La tête sera maintenue droite ou légèrement inclinée en avant. L'ampoule sera placée à environ 40 centimètres, à droite ou à gauche, suivant la position présumée de l'anomalie, l'anti-cathode disposée de telle manière que les rayons X soient envoyés sur la pellicule sous un angle d'environ 60°. Lorsqu'il s'agira de la mâchoire inférieure, la pellicule sera sous le carton, l'ampoule disposée pour éclairer de bas en haut ».

Cette méthode a permis aux auteurs de trouver une canine qui n'avait pas évolué normalement, qu'il était impossible de déceler par les procédés d'exploration ordinaires et que la radiographie a montrée « couchée en travers et horizontalement d'avant en arrière sous la base du nez ».

Cette méthode, qui paraît simplifier beaucoup la technique opératoire, a besoin d'être employée dans des cas aussi variés qu'il est possible pour que nous soyons assurés d'obtenir des lectures aussi faciles, même lorsqu'il s'agira d'anomalies différentes du cas présent, l'anomalie qui fait le sujet de cette observation paraissant être choisie spécialement pour l'application de cette nouvelle méthode.

CLINIQUE

Dr Bacque, de Limoges, ***Trois cas d'accidents lipothymo-vertigineux paraissant coïncider avec des obturations canaliculaires au formol.*** *(Revue de Stomatologie.)*

M. le Dr Bacque, de Limoges, relate l'observation de deux malades qui, après avoir eu des dents atteintes de carie au troisième degré traitées, puis obturées avec une pâte de :

Formol..................................	} āā
Créosote de houille....................	}
Oxyde de zinc..........................	q. s.

dans les canaux radiculaires ont présenté des accidents lipothymo-vertigineux : extrémités glacées, sueurs froides, constriction au thorax, vertiges.

On peut admettre en effet entre les accidents et les obturations des canaux par la pâte de formol une relation de cause à effet, mais il subsiste un doute que met en lumière M. Sebileau dans la discussion qui suit cette communication. M. Sebileau insiste sur la coïncidence qui fait tomber ces observations dans la même famille, dans la même maison, sur le mari et sur la femme, et qui fait venir à l'esprit l'idée

d'une contingence qui aurait échappé à l'observation ; l'influence psychique peut avoir dans de tels cas une grande force; c'est ainsi que M. Sebileau croit se rappeler avoir entendu M. Hugenschmidt dire autrefois que le seul accident dû à la cocaïne qu'il ait vu dans sa clientèle provenait en réalité d'une injection d'eau distillée.

Dr A. A.

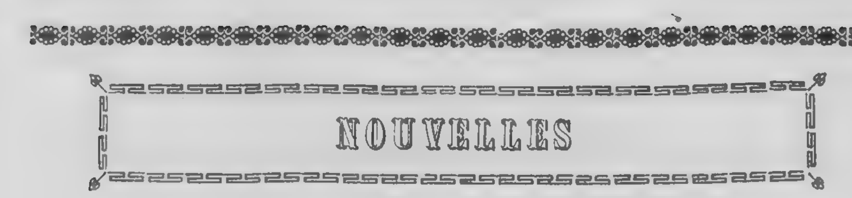


NÉCROLOGIE

Mlle Duvivier.

Nous apprenons le décès de Mlle Berthe Duvivier, âgée de 16 ans, fille d'un membre de l'Association générale des dentistes de France, M. Jules Duvivier, de Paris, et sœur d'une élève de l'Ecole dentaire de Paris.

Nous exprimons nos vifs regrets à sa famille.



Médaille d'or.

L'Ecole dentaire de Paris, qui avait répondu à l'appel des organisateurs de l'exposition de Hanoï en y envoyant ses programmes d'enseignement et des diagrammes sur son organisation, vient de remporter un nouveau succès. Nous apprenons que, sur la proposition du rapporteur, le Dr Pineau, le jury de la classe VII (médecine, chirurgie, hygiène, salubrité publique) lui a accordé une médaille d'or.

M. Cossas, diplômé de l'Ecole dentaire de Paris, établi à Hanoï, a été dans cette circonstance le représentant de l'Ecole.

Nomination de professeur.

Le Conseil de direction de l'Ecole dentaire de Paris, dans sa séance du 14 avril, sur le rapport du jury de concours, a nommé M. Delair, professeur suppléant de clinique vélo-palatine et bucco-faciale. C'est une excellente recrue pour le corps enseignant de l'Ecole.

Mariage.

Nous apprenons le mariage de M. Edmond Touvet-Fanton, chirurgien-dentiste de la Faculté de Paris, professeur suppléant de clinique à l'Ecole dentaire de Paris, avec Mademoiselle Mathilde Savary, de Montpinchon (Manche).

Nous adressons toutes nos félicitations aux jeunes époux.

Syndicat.

Nous sommes heureux d'apprendre qu'en vue du Congrès d'Angers, le Syndicat des dentistes du Nord-Ouest de la France s'est reconstitué et qu'il a ainsi formé son bureau :

Président :	MM.	Hélot.	Brest.
Vice-président :		Dr Moreau.	Saint-Brieuc.
Secrétaire :		Malinjoud.	Brest.
Trésorier :		Touvet.	Brest.
Membre-adjoint :		Dr Millard.	Saint-Malo.
Id.		Vignot.	Saint-Brieuc.

Les chirurgiens-dentistes en Angleterre.

Le *Dentist's Register* de 1903 contient les noms de 4.617 praticiens, dont 2.148 diplômés en chirurgie dentaire ou en médecine ou diplômés à la fois en chirurgie dentaire et en médecine et 2.466 enregistrés comme exerçant avant la création du *Dentist's Register* en 1878.

Fédérations dentaires nationales.

Dans une session tenue récemment par les présidents des sociétés odontologiques de Catalogne, de Malaga, des Baléares et de Valence il a été décidé de créer une fédération dentaire espagnole. La présisence en a été offerte à M. Aguilar; l'adhésion de la Société odontologique espagnole va être demandée.

D'autre part, Mme de Vongl Sviderski, déléguée russe, a annoncé au Congrès de Madrid la formation d'une Fédération dentaire nationale russe.

Nous nous réjouissons de ces nouvelles et nous souhaitons plein succès à ces deux Fédérations.

Morts par suite d'ingestion d'un dentier.

Le *British journal of dental science* signale trois cas de mort par suite de l'absorption d'un dentier : le premier à Southwark (quartier de Londres), femme de 51 ans, morte le 10 décembre 1902 ; le second à Paddington (quartier de Londres), homme de 68 ans ; le trosième, femme dont l'âge n'est pas indiqué, morte à Londres également.

Chirurgiens-dentistes approuvés en Allemagne.

Il a été approuvé en 1901-1902 en Allemagne 161 chirurgiens-dentistes. Depuis 1876 le nombre de ces praticiens a quadruplé en Allemagne et s'élevait à 1.800 à la fin de 1900.

Syndicat de mécaniciens-dentistes.

Nous apprenons la formation d'un Syndicat de mécaniciens-dentistes, qui se charge du placement des mécaniciens et dont le siège est à la Bourse du travail, 3, rue du Château-d'Eau, Paris.

23e ANNÉE. N° 9 15 MAI 1903 Vol. XXIX



L'Odontologie est une TRIBUNE LIBRE, où toutes les opinions peuvent se produire ; les signataires gardent l'entière responsabilité de leurs appréciations.

LE XIVe CONGRÈS INTERNATIONAL DE MÉDECINE

Compte rendu de la Section d'Odontologie.

(1er article.)

Lorsque nous avons accepté la mission d'aller représenter l'École dentaire de Paris au 14e Congrès international de médecine de Madrid et pris l'engagement de lui rendre compte de ce congrès dans un rapport, à notre arrivée, nous ne nous dissimulions pas la difficulté et l'étendue de la tâche que nous assumions. Bien que celle-ci dût se borner à suivre les séances de la 12e section (odontologie et stomatologie), la diversité des langues admises (allemand, anglais, espagnol, français et italien) constituait déjà par elle-même un premier obstacle. Mais, à cette difficulté, inhérente à tous les congrès, il s'en ajoutait plusieurs autres, de nature différente, dont les organisateurs des Congrès futurs devront tenir compte pour en éviter le retour.

C'est ainsi, dans le même ordre d'idées, que les conclusions des communications écrites n'avaient pas été traduites dans une langue unique et étaient demeurées dans l'idiome du travail qu'elles terminaient. D'autre part, la 12e section était subdivisée, en raison du grand nombre des travaux annoncés, en deux sous-sections de communications orales et une sous-section de démonstrations pratiques. Il se tenait ainsi chaque jour plusieurs séances en même temps dans diverses salles, tandis qu'il se faisait de même plusieurs démonstrations à la fois dans divers locaux.

Notre rôle se trouvait donc singulièrement compliqué par cette organisation; aussi avons-nous dû faire des efforts considérables pour nous tenir au courant de tout ce qui se disait et se faisait offrant quelque valeur, afin de présenter aux lecteurs de ce journal un compte

rendu digne d'eux, de lui et de nous-même. Nous pensons avoir réussi, puisque nous sommes parvenu à rapporter plusieurs communications fort intéressantes et à obtenir la promesse qu'il nous en serait envoyé d'autres par les auteurs. Quoi qu'il en soit, nous nous excusons dès à présent auprès de nos confrères si le compte rendu que nous publions est au-dessous de ce qu'ils attendaient et ne répond pas en tout cas à nos désirs personnels.

Tout d'abord, il importe de rendre justice aux organisateurs de la 12e section, qui ont droit aux plus grands éloges. Malgré les difficultés qu'offre l'organisation de Congrès aussi vastes que celui auquel nous venons d'assister, il convient de faire remarquer que la Section d'Odontologie était incontestablement la mieux organisée de toutes, *cela de l'aveu même de congressistes n'appartenant pas à la profession dentaire,* qui s'étaient rendus cependant aux séances de cette section pour faire une comparaison. Tout le mérite de cette organisation revient à notre distingué confrère M. Florestan Aguilar, qui n'a ménagé ni son temps ni sa peine, secondé, il est vrai, par les dentistes espagnols, et qui a assuré ainsi pleinement le succès de la 12e section.

Nous avons déjà dit que le bureau de la 12e section s'était vu dans l'obligation de créer trois sous-sections pour épuiser la liste des communications et des démonstrations et pour permettre à la discussion des rapports si importants et si complets qui ont été présentés d'avoir toute l'ampleur que ces travaux méritaient. Constatons tout de suite que cette liste était trop longue. Les organisateurs des Congrès internationaux ne devraient pas perdre de vue qu'il faut que les travaux soumis à des assemblées de cette nature soient très soignés, originaux autant qu'il est possible, et que les communications d'importance secondaire fassent place aux rapports ou aux communications d'une grande valeur. Espérons qu'à l'avenir les réunions internationales de ce genre comprendront un plus petit nombre de communications, mais toutes d'un réel mérite, de façon à ce que les questions mises à l'ordre du jour et les mémoires présentés soient l'objet d'une discussion plus complète. Formulons aussi le désir qu'on renonce à l'habitude fâcheuse de donner lecture des travaux ou de discuter les contributions dont les auteurs sont absents, cette lecture ou cette discussion ayant souvent lieu au préjudice des communications de congressistes présents, qui se trouvent ainsi écartées de l'ordre du jour ou dont la discussion devient ainsi trop écourtée. Le nombre et la durée des séances étant toujours insuffisants par rapport à l'ordre du jour, on éviterait de cette façon une réclame retentissante aux praticiens qui font pompeusement annoncer quelques mois à l'avance plusieurs communications et qui n'ont garde de se déranger pour les lire quand le jour en est venu.

La subdivision à laquelle a eu recours le bureau de la 12e section à Madrid n'avait pas empêché ces différents inconvénients de subsister. La vraie solution, à notre avis, consiste dans l'organisation de Congrès dentaires autonomes, rendant seuls possible la division en sections correspondant aux diverses branches de l'odontologie et permettant seuls à chaque congressiste de suivre assidûment les séances de la section qui l'intéresse plus particulièrement.

Cela dit, nous ne ferons que rendre hommage à la vérité en annonçant à nos confrères qu'un très grand nombre de dentistes avaient répondu à l'appel du Comité d'organisation, que la 12e section comptait le plus d'adhérents et qu'il a été présenté dans cette section des travaux vraiment remarquables. Le mélange des éléments variés dont se compose la profession dans les divers pays a eu les plus heureux effets, et l'union de tous ceux qui ont tenu à coopérer par leur apport aux progrès de l'odontologie et de la stomatologie ne saurait manquer d'être féconde. En matière de science aucune cause de discorde ne peut, en effet, être soulevée, et la valeur individuelle, nettement supérieure au titre dont le praticien est revêtu, se mesure aux œuvres élaborées dans un champ clos où tous les dentistes sont appelés à prendre part à un tournoi pacifique.

C'est pour nous un devoir en même temps qu'un véritable plaisir de signaler l'excellent accueil et la large hospitalité que tous nous avons reçus chez nos confrères espagnols. Il était aisé de remarquer parmi eux un vif courant de sympathie pour l'élément français et pour tout ce qui venait de France.

On ne saurait nier que nos confrères d'au delà des Pyrénées nourrissent des idées de progrès et de développement scientifique de la profession. Ces idées leur tiennent à cœur et il est bien certain que par leur union, dont ils viennent de jeter les bases, ils arriveront rapidement à constituer dans leur pays un centre odontologique susceptible de rivaliser avec celui des nations plus avancées sous ce rapport.

*
* *

Le Congrès était divisé en seize sections comprenant : l'anatomie ; la physiologie, physique et chimie biologiques ; la pathologie générale, anatomie pathologique et bactériologie ; thérapeutique et matières médicales ; la pathologie interne ; la pédiatrie ; dermatologie et syphiligraphie ; la chirurgie générale ; neuropathies, maladies mentales et anthropologie criminelle ; l'ophtalmologie ; l'otologie, la rhinologie et la laryngologie ; l'odontologie et la stomatologie ; l'obstétrique et la gynécologie ; la médecine et l'hygiène militaire et navale, hygiène et épidémiologie et science sanitaire technique, médecine légale et toxicologie.

La Section d'Odontologie comptait à elle seule 334 membres, dont

80 français et 67 dames, parmi lesquelles 20 françaises. 95 auteurs avaient fait parvenir leur inscription. 171 communications, présentations ou démonstrations étaient inscrites à l'ordre du jour.

Les séances consacrées aux communications avaient lieu à la Bibliothèque nationale et les démonstrations à la Faculté de médecine.

Le bureau national de la section était ainsi composé :

Président : Louis Guedea y Calvo.
Vice-présidents : Bernardo Sanchez, Enrique P. Heddy.
Secrétaire général : Florestan Aguilar.
Secrétaires adjoints : Jaime D. Losada, Luis Subirana.
Membres : Lopez Alonso, Pedro Carol, Joaquin Plet, José Alonso, Domingo Casasnovas, Antonio Cladéra, Miguel Ferrer, Antonio Baca, F. Ponce.

Le Congrès a nommé MM. Brophy, Miller et Godon, présidents d'honneur du Congrès de médecine pour la Section d'Odontologie et de Stomatologie.

MM. Harlan, Mac-Farlane, Jenkins, Sauvez, Amoëdo, Cryer, Chompret et Giuria ont été proclamés présidents d'honneur de la section ; MM. Mitchell, Förberg, Martinier, Bryan, Robinson et Papot, secrétaires honoraires.

Nous donnons ci-après la liste des rapports et communications qui ont été faits, *à notre connaissance*, et dont nous publierons les conclusions pour la plus grande partie, en même temps que nous les analyserons.

RAPPORTS

De la prothèse bucco-faciale et du squelette, par M. Claude Martin, de Lyon.

De la prothèse bucco-faciale et du squelette, par M. Léon Delair, de Paris.

Traitement et obturation des dents à pulpe malade, par J. D. Losada, de Madrid.

Nature et traitement de la pyorrhée alvéolaire, par. M. Damians, de Barcelone.

L'anesthésie locale en Odontologie, par M. Sauvez, de Paris.

L'anesthésie locale en Stomatologie, par M. Giuria, de Gênes.

Connaissances que l'on doit posséder pour exercer l'art dentaire. par M. Godon, de Paris.

COMMUNICATIONS

Miller, de Berlin : Effet protecteur de la salive humaine à l'égard de la carie et d'autres processus infectieux se produisant dans la bouche.

Brophy, de Chicago : Traitement chirurgical des défauts de la voûte palatine.

Chompret, de Paris : Glossite épithéliale, ambulatoire circinée pyogène.

Losada, de Madrid : Quelques considérations sur un cas très rare de dentomalatie.

Subirana, de Madrid : Correction d'un cas de protusion des dents supérieures.

Guerini, de Naples : L'odontologie chez les Romains et les Etrusques.

Guye, de Genève : Radiologie dentaire.

Amoëdo, de Paris ; Traitement des dents à pulpe morte.

Creyer, de Pensylvanie : L'enseignement pratique de l'anatomie dans les écoles dentaires. (Communication avec projections et présentations de pièces.)

Zsigmondy, de Vienne : Sur la genèse des fissures intercuspidiennes des surfaces triturantes des prémolaires et molaires.

Bernard Sanchez, de Madrid : Cas d'hystérie dentaire. (Voir communication en espagnol.)

Cavalié et Rolland, de Bordeaux : Influence du sœmnoforme, anesthésique général, sur les centres nerveux ; son action successive sur le cervelet et le cerveau.

Dunogier et Bergomié, de Bordeaux : Les rayons X dans la recherche des appareils de prothèse dentaire.

Schwartz, de Nîmes: Traitement de la carie du 4e degré.

Terrier, de Paris : Sur la vulgarisarion des moyens de prophylaxie des affections de la bouche.

Tschemodanoff, de Moscou : Méthodes extrêmes du traitement conservateur des dents.

Monnet, de Paris : L'hermophényl, nouvel antiseptique,son emploi dans l'antisepsie buccale.

Beltrami, de Marseille : Appareils d'urgence pour contention de fracture compliquée des maxillaires supérieurs. (Présentation de pièces.)

Mahé, de Paris : Considérations et recherches expérimentales sur la perméabilité de la dentine.

Tirso Perez, de Madrid : Travaux dans le four électrique de Silerat.

Nux, de Toulouse : Contribution à l'étude du traitement des caries du 2e degré avancé.

Pont, de Lyon : Prothèse chirurgicale au moyen des injections de paraffine. — Considérations générales sur la prothèse restauratrice du maxillaire supérieur (Présentation d'un appareil nouveau). — A propos d'un cas d'hypertrophie primitive de la pulpe dentaire.

Seigle, de Bordeaux : Réparation immédiate des dents à pivots cassées montées sur or.

Pfaff, de Dresde : Correction des irrégularités dentaires avec présentation de photographies et modèles.

Robinson et Rolland. Etude sur l'administration du sœmnoforme suivant leur nouvelle technique comparée à l'ancienne.

Müller : De l'emploi du savon.

Kelsey, de Marseille : Nécrose phosphorée.

Subirana, de Madrid : Des ponts en général.

Körbitz, de Berlin : Nouvel appareil pour le saut de l'articulation.

Mela, de Gênes : Collection de modèles de redressements.

CLINIQUES, PRÉSENTATIONS ET DÉMONSTRATIONS

Harlan : Traitement de la pyorrhée alvéolaire.

Younger : Traitement de la pyorrhée alvéolaire.

Cladera : Nouvel appareil pour extractions.

Cryer : Avantages de l'enseignement de l'anatomie par projections.

Amoëdo : Traitement des dents à pulpe morte.

Guye : Obturations de porcelaine.

Delair : Prothèse du squelette.

Subirana : Nouvelle pince pour faire les couronnes. Appareils à ponts, travaux en continuous-gum.

De Trey : Or Solila et obturations combinées de ciment et d'or.

Cassullo : Nouveau système de dents artificielles.

Delair : Nouvelle méthode de prothèse vélo-palatine.

Martinier : Appareils pour fractures du maxillaire inférieur. Série d'appareils extenseurs du maxillaire inférieur. Appareils de restauration médiate des maxillaires.

Godon : Présentation de travaux exécutés par les élèves de 1re année de l'École dentaire de Paris (année préparatoire). Appareils fantômes servant à l'enseignement.

Triñivo : Nouveau système de dentiers artificiels.

Aguilar : Régularisation immédiate. Anesthésie avec le Benesol.

Körbitz : Incrustations de porcelaine, système Jenkins.

Rolland et Robinson : Démonstration de l'administration du somnoforme.

Amoëdo : Articulation des dentiers en rapport avec l'articulation temporo-maxillaire.

Pons : Présentation d'un fourneau électrique, système Meifren.

Zsigmondy : Nouveau porte-coton antiseptique.

Plet : Redressement de cas simples par le rehaussement de l'articulation à l'aide de couronnes.

(A suivre).

P. MARTINIER.

LES FÊTES DE MADRID

Ainsi que nous l'annoncions à nos lecteurs dans notre précédent numéro, la délégation de l'École dentaire de Paris est revenue de Madrid absolument enthousiasmée, aussi bien de la belle réussite de ce Congrès que de l'accueil grandiose de nos excellents confrères espagnols; aussi sommes-nous très heureux de revivre ces inoubliables moments en faisant le compte rendu des fêtes qui nous ont été offertes.

A. — Fêtes générales du Congrès.

Inauguration. — *Jeudi, 23 avril.*

Il pleut, il fait froid et cependant Madrid est en fête et de tous côtés de brillants équipages sillonnent la capitale et se dirigent vers le théâtre royal où doit avoir lieu la séance d'inauguration.

La vaste salle est bondée du haut en bas. Les toilettes claires des dames, agréablement mêlées aux uniformes militaires ou diplomatiques, aux robes des professeurs et aux habits noirs constellés d'insignes, de rubans et de décorations, donnent un éclat tout particulier à cette cérémonie. Le bureau et la tribune sont installés sur la scène, entièrement réservée aux personnages officiels.

M. Silvela, président du Conseil des ministres, occupe le fauteuil de la présidence et, peu après trois heures, S. M. Alphonse XIII, S. M. la reine mère et les infantes prennent place dans l'avant-scène de droite, alors que la salle entière debout acclame LL. Majestés.

Le professeur Don Julian Calleja, président du Congrès, prononce en espagnol un discours de bienvenue que nous pouvons suivre, car on a eu le soin de le distribuer imprimé en espagnol et en français. On écoute ensuite le rapport du Dr Caro, secrétaire général du Congrès. Puis viennent les délégués officiels des gouvernements qui successivement prennent la parole; ils s'expriment pour la plupart en français, quelques-uns en espagnol, à l'exception des délégués anglais, allemand, italien qui parlent leur idiome maternel et du délégué japonais, qui s'exprime en allemand.

Les plus vifs applaudissements ont été adressés au représentant du gouvernement de la République française, M. le professeur Brouardel.

M. le président Silvela prend le dernier la parole, il prononce une chaleureuse allocution, célébrant les bienfaits des Congrès. « Viva el Rey, viva España » s'écrie-t-il en terminant. La séance est levée à ces cris, plusieurs fois répétés.

A la sortie, la foule entoure librement le carrosse de LL. Majestés

et chacun salue respectueusement ce jeune Roi, chargé d'un si lourd fardeau et sa mère qui, si elle n'est plus la Reine régente, n'en reste pas moins près du Roi le guide le plus éclairé et le plus dévoué.

RÉCEPTION AU PALAIS DU ROI. — *Vendredi, 24 avril.*

Le magnifique palais du Roi (le plus beau d'Europe, paraît-il) s'ouvrait devant la foule énorme des congressistes, qui, après avoir franchi la salle des gardes, étaient répartis, suivant leur nationalité, dans les différents salons royaux.

Nous étions bien de 5 à 600 groupés dans l'un des plus vastes. M. Cambon, ambassadeur de France, tout chamarré, se tenait à l'entrée et lorsque le roi parut il lui présenta M. Brouardel qui, à son tour, présenta successivement au Roi les sommités médicales françaises.

Le Roi eut un mot aimable pour chacune d'elles, puis se retira pour passer dans d'autres salons ; une chaleureuse ovation salua son départ.

La Reine mère et les infantes le remplacèrent et chacun de nous put constater la gracieuse affabilité de S. M. qui, s'exprimant parfaitement en français, s'entretint longuement avec un grand nombre de nos meilleurs professeurs de Paris et de province des spécialités qu'ils exercent et des services d'hôpitaux qu'ils dirigent.

Par une attention délicate, les galeries du palais avaient été tendues avec une collection unique au monde de tapisseries anciennes que M. Cambon a fait admirer aux congressistes français.

RÉCEPTION A L'HOTEL DE VILLE. — *Jeudi, 23 avril.*

Le marquis de Portago, alcade de Madrid, au nom du Conseil municipal (ayuntamiento), nous avait conviés à une fête donnée à l'hôtel de ville (casa consistorial) dans un décor véritablement splendide. Des valets et des gardes de ville faisaient la haie le long de l'escalier d'honneur, et avec leurs costumes antiques ajoutaient une note pittoresque à la mise en scène exquise des salons, cours et escaliers transformés en véritables serres.

Assistaient à cette fête, outre les principaux congressistes de tous les pays, le président du Conseil des ministres, plusieurs ministres, le capitaine général de Castille, des grands d'Espagne, des sénateurs, des députés, etc.

On remarquait également un certain nombre de médecins militaires de tous pays.

En résumé fête somptueuse au milieu des fleurs : toilettes ravissantes, uniformes brillants, grands cordons de toutes couleurs, musique harmonieuse et buffet excellent.

GARDEN PARTY ROYALE. — *Mercredi, 29 avril.*

La veille de la clôture du Congrès, des milliers d'invités parcou-

raient librement les immenses jardins royaux, dont la garde d'honneur était réservée aux hallebardiers du roi.

De nombreuses musiques militaires, disséminées de tous côtés, répandaient des flots d'harmonie, cependant qu'une foule élégante se pressait aux nombreux buffets installés sous la feuillée.

Au buffet d'honneur sont apparus LL. Majestés le Roi et la Reine mère, les infantes, les dames d'honneur, les personnages officiels : ministres, généraux, ambassadeurs, évêques, etc., etc.

Une dernière fois, il nous a été donné de constater la bonne grâce des souverains et c'est bien sincèrement qu'au moment de quitter Madrid nous levâmes nos coupes de Champagne en l'honneur de cette noble nation espagnole et à sa prospérité, ainsi qu'à la santé de nos vaillants amis les dentistes espagnols.

Parmi les autres fêtes citons également :

Le samedi 25 avril. — Réception du gouvernement au Ministère des affaires étrangères.

Le lundi 27 avril. — Représentation de *Carmen* au théâtre lyrique.

Le mardi 28 avril. — Matinée aux jardins du Buen-Retiro organisée par la Municipalité en l'honneur des dames et des congressistes.

Le mercredi 29 avril. — Banquet offert par la Municipalité.

Le jeudi 30 avril. — Réception ouverte à l'ambassade de France.

B. — **Fêtes spéciales à la XII° section.**

Réception du Dr Florestan Aguilar. — *Vendredi, 24 avril.*

C'est à l'infatigable et très aimable secrétaire général de la Section d'Odontologie que revient l'honneur de la première fête offerte à la section. Conviés au théâtre de l'Alhambra, nous sommes dès l'entrée très aimablement reçus par M. Aguilar, secondé par sa charmante sœur, qui se multiplie auprès des dames et offre à chacune d'elles de très jolis bouquets. Nous pénétrons dans la salle dont le rez-de-chaussée, recouvert d'un parquet, est disposé en salon tout garni de tapisseries anciennes, de plantes et de fleurs gracieusement prêtées par la maison Royale. V. planche ci-contre.

Un excellent orchestre nous donne un ravissant concert, au cours duquel les mandores et guitares exécutent des airs espagnols. Puis la toile se lève et laisse voir un splendide buffet installé sur la scène et chacun y fait largement honneur. Mais bientôt l'orchestre fait entendre une valse entraînante, les danses commencent pour se poursuivre assez tard dans la nuit.

En résumé, fête grandiose à laquelle les congressistes assistaient en très grand nombre, dont ils garderont un très agréable souvenir et pour laquelle nous ne saurions trop exprimer au Dr Aguilar et à la señora Maria Mascias notre très vive reconnaissance.

Corrida de toros. — *Dimanche, 26 avril.*

Une course de taureaux de gala devait être offerte le lundi à tous les congressistes par la Députation provinciale, elle figurait au programme provisoire des fêtes, mais il paraît que des difficultés politiques ou financières entravèrent cette bonne intention. Quoi qu'il en soit, nos aimables confrères de la Société odontologique espagnole, avec une bonne grâce sans pareille, décidèrent unanimement d'inviter cordialement tous les adhérents étrangers de la XIIe section à la course dominicale du 26 avril, pendant laquelle ils nous offrirent gracieusement des rafraîchissements et des réconfortants.

Excellemment placés, nous pûmes suivre avec un vif intérêt les péripéties de cet émotionnant spectacle au cours duquel une quinzaine de chevaux furent éventrés et six taureaux mis à mort avec une maëstria incomparable par les *espadas* L. Mazzantini et Bombita Chico.

Banquet de la XIIe section. — *Dimanche, 26 avril.*

Nous nous retrouvons dans la splendide décoration du théâtre de l'Alhambra. Trois immenses tables couvertes de fleurs occupent toute la longueur du rez-de-chaussée du théâtre, la table d'honneur est à l'extrémité de la scène dans sa largeur. Les convives sont très nombreux et parmi eux beaucoup de dames,auxquelles les organisateurs offrent galamment des fleurs.

Un menu des plus réconfortants et parfaitement ordonné nous remet des émotions de l'après-midi. Au Champagne les discours commencent, ils célèbrent tous à l'envi les organisateurs de la section, les confrères espagnols, la ville de Madrid et la nation espagnole. Voici l'énumération de ceux que nous avons notés.

1° Le président, Dr Guedea, remercie en espagnol les souverains de la protection accordée au Congrès et porte la santé du roi ;

2° Un confrère espagnol adresse des félicitations au Dr Aguilar ;

3°, 4° MM. Sanchez et Heddy, vice-présidents du bureau national, expriment en espagnol les sentiments du Comité d'organisation, le premier fait ressortir l'importance des Congrès, le second boit aux congressistes étrangers ;

5°, 6° MM. Miller (Berlin) et Brophy (Chicago) nous disent en anglais combien ils sont heureux d'avoir pris part aux travaux de ce Congrès ;

7° M. Godon, au nom de la délégation française, remercie chaleureusement nos confrères d'Espagne de leur réception si cordiale. Il boit au président Guedea, l'éminent chirurgien, en faisant remarquer que la chirurgie est le trait d'union qui relie l'odontologie à la médecine *(Vifs applaudissements)* ;



Réception offerte aux Congressistes de la XIIe section, par le Dr Aguilar.



8°, 9°, 10° MM. Harding (Shrewsbury), Jenkins (Dresde), Mac-Farlane (Francfort) expriment en anglais leurs aimables félicitations aux organisateurs de la section ;

11° M. Förberg (Stockholm) prononce en espagnol un discours couvert d'applaudissements, il termine en buvant à l'Espagne et à la ville de Madrid ;

12° M. Weiser (Vienne) adresse en allemand des compliments aux confrères espagnols ;

13° M. Guerini (Naples) tonne en italien contre l'ignorance et la superstition, il entrevoit dans l'avenir une union latine (France, Italie, Espagne) et termine en buvant à Fauchard ;

14° Mme de Vongl Sviderski, déléguée russe, exprime en français, au nom de la Société odontologique de Saint-Pétersbourg, le désir des dentistes russes de contribuer aux progrès de l'odontologie ; elle annonce que l'École qu'elle dirige a déjà délivré le diplôme de médecin-dentiste à 380 femmes, elle annonce également la fondation d'une Fédération dentaire nationale russe et termine en buvant à l'Union et au Progrès *(Applaudissements)* ;

15° M. R. Heïdé prend la parole, au nom de M. Smith-Housken et des dentistes norvégiens ;

16° Enfin le grand leader espagnol, avec une chaleur communicative, prononce un vibrant discours ; commencé en espagnol, il est continué en anglais, en français ensuite, puis en italien et se termine par une phrase allemande. Les chaleureux applaudissements qui accueillent ses périodes prouvent au brillant orateur combien tous les congressistes lui sont reconnaissants de son activité et de son initiative pour la bonne organisation de notre section et de son accueil si confraternel pour les congressistes étrangers ;

17° M. Subirana prononce avec fougue un discours en espagnol ;

18°, 19°, 20° Trois confrères espagnols continuent la série des discours ; l'un d'eux, tout jeune, est dit-il un néophyte de la profession et il boit à la démocratie scientifique internationale.

Enfin, pour terminer, le président, aux applaudissements de tous, offre à Mme de Vongl Svideski la splendide corbeille de fleurs qui ornait la table d'honneur.

Pendant le dîner, un orchestre de choix charmait nos oreilles ; après le discours du président, il a exécuté la marche royale espagnole ; la fête est clôturée aux accents de la Marseillaise, chantée en chœur par les Espagnols, les Italiens et les Français, et écoutée respectueusement par les autres congressistes.

Excursion a Tolède. — *Mardi, 28 avril.*

Journée enchanteresse et dont ma plume ne peut donner qu'une bien faible idée. — « Les dentistes espagnols invitent tous les mem-

» bres étrangers de la Section XII et leurs femmes à prendre part à » l'excursion à Tolède. Départ par train spécial à la station d'Atocha » à 7 h. 55 du matin.» Tel est le libellé de la gracieuse invitation qui nous est adressée et je crois bien qu'aucun n'a manqué à ce cordial appel.

A la gare de Tolède, des voitures nous attendent et c'est au galop que les mules dévorent la rude montée qui, après avoir franchi le Tage, conduit au sommet de cet énorme bloc de rocher qu'est l'ancienne capitale des rois de Castille.

Nous visitons tout d'abord l'Alcazar (ancienne résidence du Cid, actuellement école de Cadets) et du haut duquel on découvre toute la campagne environnante, puis la cathédrale, la plus grande curiosité de la ville avec ses cloîtres,sa ceinture de chapelles, la chapelle maîtresse et le chœur sombre et fermé, dont aucune église de France ne peut nous donner une idée, et enfin un certain nombre de palais, églises, synagogue, ponts, portes, etc.

La ville de Tolède a conservé un certain cachet mauresque. Ses rues tortueuses et étroites sont bordées de hautes maisons, presque sans fenêtres du côté de la rue, ayant pour centre une cour, qui offre un abri contre les vents glacés de l'hiver et la chaleur torride de l'été. On remarque à tout instant d'énormes portes garnies de grosses têtes de clous, en gardant les entrées. Tolède tient à la fois, selon Théophile Gautier, « du couvent, » de la prison, de la forteresse, et aussi un peu du harem, car les » Maures ont passé par là »... La cathédrale, les églises et même d'autres édifices sont remplis de chefs-d'œuvre, Tolède n'est qu'un vaste musée de vieille architecture espagnole.

Mais entre temps il a fallu songer à notre estomac et nos aimables guides nous conduisent au théâtre de las Rojas transformé en une immense salle à manger. Six grandes tables jonchées de fleurs occupent toute la salle et la scène; un plantureux déjeuner nous est servi et, malgré le grand nombre de convives, le service se fait rapidement et très bien. La table d'honneur est présidée par le Gouverneur de la province, assisté de l'Alcade de la ville et d'autres notabilités locales parmi lesquelles un certain nombre de médecins.

Une musique militaire vraiment remarquable se fait entendre pendant tout le repas, et elle obtient un tel succès que l'ouverture de Carmen est bissée avec enthousiasme.

Les loges sont toutes occupées par l'aristocratie féminine de Tolède et une vraie bataille de fleurs, dont nos tables sont si abondamment pourvues, ne tarde pas à s'engager entre les convives du rez-de-chaussée et les jolies spectatrices des loges.

Au dessert, le Gouverneur et l'Alcade adressent quelques paroles de bienvenue aux congressistes. Le Dr Aguilar remercie les autorités.

M. le Dr Ruano, président du Collège de pharmacie et M. Garcès, au nom de la presse locale, adressent quelques paroles aimables aux congressistes. Enfin M. Godon, dans une éloquente et vibrante improvisation, se faisant l'interprète de tous, adresse de chaleureux remerciements aux organisateurs de la section, aux dentistes espagnols dont la réception si grandiose nous émeut infiniment, à la ville de Tolède et à la nation espagnole, il boit au développement des Congrès et à la fraternité universelle.

Puis, chacun ayant écouté debout la marche royale espagnole, à laquelle succèdent les cris de « vive le Roi ! vive l'Espagne ! » on échange les dernières fleurs avec les gracieuses spectatrices, puis, criant « Vive Aguilar! », nous nous dirigeons vers la sortie pour continuer le cours de nos périgrinations par la visite de la célèbre manufacture d'armes.

Par les soins du Dr Körbitz et de Mme De Vongl Sviderski, une souscription est ouverte parmi les congressistes étrangers pour offrir à Aguilar un témoignage de notre reconnaissance.

Le soir, la rentrée à Madrid se fait non moins gaiement que le départ. En résumé, journée inoubliable !

Nous conserverons tous un souvenir exquis de cet accueil si chaleureusement aimable de nos confrères espagnols, des belles fêtes qu'ils nous ont offertes et des attentions délicates dont ils nous ont entourés et nous adressons à Aguilar, à Subirana, à Losada et à tous leurs confrères, au nom de la délégation de l'Ecole dentaire de Paris, l'expression bien vive de notre profonde et sympathique admiration.

EDMOND PAPOT.

P. S. Tous les jours paraissait, rédigé en espagnol et en français, le *journal officiel du XIVe Congrès,* contenant les programmes journaliers et les avis divers intéressant la généralité des congressistes. De plus, pour notre section, notre confrère Aguilar faisait paraître quotidiennement un numéro exceptionnel de *La Odontologia*, où nous trouvions tous les renseignements dont nous avions besoin.

Le nombre total des congressistes inscrits s'élevait à 6.961, dont 3.530 espagnols et 3.431 étrangers, parmi lesquels 826 français, 776 allemands, 297 russes, 258 autrichiens, 238 anglais, 235 italiens, 233 américains, etc.

ADRESSES UTILES

La ligne : 20 francs par an,
Lignes en sus : 10 fr. la ligne. } **dans 24 numéros.**

C. Ash et fils (*Fourn. gén.*) 22, rue du Quatre-Septembre, PARIS. TÉLÉPHONE 294.47.
Dr Bengué (*Anestile*), 47, rue Blanche, PARIS.
J. Fanguet, Georges Clotte, sr (*Impressions en t. genres*), 28, r. d'Enghien, PARIS.
Comptoir international (*Fourn. gén.*), 15, avenue Fonsny, BRUXELLES.
Contenau et Godart fils (*Fourn. gén.*), 7, r. du Bouloi, PARIS. TÉLÉPHONE 214-53.
Cornelsen (*Fourn. gén.*), 16, rue St-Marc. TÉLÉPHONE 218.69.
A. Debraux, profr (*Cert. d'Et. exigé des dentistes*), 17, faub. Montmartre, PARIS.
Vve Jules Friese (*Fournitures générales*), 3, rue de Londres, PARIS.
Alfred Joliot (*Fourn. gén.*), à la Cloche, 193, rue St-Martin. TÉLÉPHONE 271.51.
L. Mairlot (*Fourn gén.*), 24, place Ste-Gudule, BRUXELLES. TÉLÉPHONE 1429.
Mamelzer et fils (*Man. dent.*), 40, r. Croix-des-Petits-Champs, PARIS. TÉL. 306.77.
Al. Maylaënder (*Reliures en tous genres*), 66, rue Daguerre, PARIS.
A. Mellottée, imprimeur de *L'Odontologie* à CHATEAUROUX.
P. Périé fils (*Fournitures générales*), 7, place Lafayette, TOULOUSE.
B. Platschick (*Prothèse à façon*), 3, rue Ventadour, PARIS. TÉLÉPHONE 222.82.

Reymond frères (*Fournitures générales.*) TÉLÉPHONE 312.91.
22, rue Le Peletier, PARIS.
44, place de la République, LYON.
69, rue de la Croix-de-fer, BRUXELLES.
3, rue Petitot, GENÈVE.

Victor Simon et Cie (*Four. gén.*), 54, rue Lamartine, PARIS. TÉLÉPHONE 269-45.
Société coopér. des dent. de Fr., 45, r. de La Tour-d'Auvergne. TÉLÉPH. 223.04.

Société Française de Fournitures Dentaires. 58 bis, Chaussée-d'Antin, Paris. TÉLEPHONE 214-47. *Grande exposition*, au dépôt de PARIS, de toutes les *Nouveautés dans l'outillage* de MM. les Dentistes.

Syndicat Français (*Recouvrements d'honoraires*), 131, boul. Sébastopol, PARIS.
Vve J. Wirth (*Manuf. dent.*), 22-24, av. Philippe-Auguste, PARIS. TÉLÉPH. 923.48.



THÉORIE MÉCANIQUE DE L'EXTRACTION

Modification à la théorie de M. Godon.

Par M. de Croes,
Professeur suppléant à l'École dentaire de Paris.

Il n'est pas toujours suffisant d'avoir un instrument entre les mains et de savoir s'en servir, même avec habileté; il est important aussi d'en raisonner son application, pour en faire un judicieux emploi. En un mot, il est nécessaire de savoir comment agit chaque instrument d'extraction, pour pouvoir en premier lieu faire un choix, non seulement entre des formes différentes, mais surtout entre des types initiaux différents.

C'est donc sur ce sujet que portera notre communication.

En effet, pour toute extraction le choix d'un instrument est primordial et c'est de ce choix que dépendra souvent, si ce n'est toujours, le résultat heureux d'une ablation difficile. Mais comment faire ce choix ?

Différents moyens s'offrent à nous :

1° Ceux d'ordre pratique;

2° Ceux d'ordre théorique.

Ceux d'ordre pratique, c'est-à-dire l'habitude, la routine, ne reposant que sur des faits cliniques nombreux, sont très longs à acquérir et absolument insuffisants comme moyens d'enseignement, par leur imprécision.

Ceux d'ordre théorique au contraire, reposant sur des bases solides de lois, de force, d'exemples et d'applications mécaniques, peuvent seuls nous permettre de donner à nos élèves l'enseignement raisonné d'un choix précis : c'est ce que nous allons tâcher de démontrer ici. La théorie de l'ex-

traction s'imposait donc, elle était nécessaire à cette époque où le pourquoi de chaque chose, de chaque phénomène, de chaque mouvement doit avoir son explication basée sur des données absolument raisonnées et scientifiques.

Cette théorie, ou plutôt ces théories nous amèneront donc à dire que toute extraction devient un problème, qu'il faut résoudre théoriquement, sur le calcul de différents facteurs en jeu avant de le résoudre pratiquement, par l'opération elle-même.

Certes nous n'avons pas la priorité de cette idée, et loin de nous la pensée de nous l'attribuer. Aussi allons-nous rendre à César ce qui lui appartient en faisant un peu d'historique.

Tomes, le premier, a agité cette question lorsqu'il soumit à une discussion les mérites respectifs de la clef et du davier, pour l'extraction des dents. (*Lectures on dental physiology and surgery*, 1848.)

Depuis, M. Godon, l'estimé directeur de l'École dentaire de Paris, dans une communication à la Société d'Odontologie (*in L'odontologie*, 1896) a comparé, d'une façon générale, les instruments d'extraction au levier. Il y disait même, à ce sujet, qu'un instrument d'extraction était comparable, dans son application à l'extraction d'une dent, au pic du paveur, dans l'application de celui-ci à l'extraction d'un pavé de son alvéole de pavés avoisinants.

L'année suivante, M. Godon, en collaboration avec M. Serres, professeur de physique à l'école J.-B. Say et à l'École dentaire de Paris, termine son premier travail, qui est présenté au Congrès de Nancy. Depuis, rien, que nous sachions.

Suivant les traces de notre honoré collègue et ancien maître, nous chercherons ici à compléter encore cette théorie en la discutant et en y ajoutant notre apport personnel, si léger soit-il. Si parfois dans cette communication nous nous trouvons en désaccord avec M. Godon sur certaines applications comparatives des différents leviers avec les divers instruments d'extractions, nous tenons avant tout, à

lui rendre justice et à dire bien haut, qu'il fut en quelque sorte l'inventeur de cette théorie et que c'est à lui que nous devons, même si nos conclusions sont contraires aux siennes en tant que genre de leviers, de faire ce travail. Cette communication a donc pour but d'amener, par une discussion largement étendue, la conclusion de cette importante question.

Tout instrument d'extraction étant un levier, pour mieux faire comprendre pourquoi c'est un levier et comment il agit, nous allons décrire et rappeler :

1° Ce que c'est qu'un levier;

2° La division des leviers ;

3° Les forces en présence lorsqu'on se sert d'un levier;

4° Les lois mécaniques qui régissent l'emploi des différents leviers.

Puis, pour appliquer ces théories aux instruments d'extraction, nous étudierons comment agissent les différents instruments : daviers, élévateurs, langue de carpe, pied-de-biche, clef de Garengeot, tire-fond, etc., pendant l'extraction et à quel genre de levier chaque sorte peut être assimilée.

1° *Qu'est-ce qu'un levier ?* — Un levier est une barre rigide pouvant tourner autour d'un point d'appui. Au levier sont jointes deux forces, l'une appelée résistance, l'autre puissance, auxquelles vient s'en ajouter une troisième sans laquelle les autres n'existent pas, force neutre, inerte : le point d'appui ;

2° Il y a trois sortes de leviers et cette division résulte, non de la forme du levier, car il peut prendre les formes les plus diverses, mais de l'endroit d'application de la puissance par rapport à la résistance et au point d'appui : Ces genres de leviers sont :

1° Le levier inter-appui ;

2° Le levier inter-résistant ;

3° Le levier inter-puissant.

1° Dans le levier du premier genre ou inter-appui, la puissance est séparée de la résistance par le point d'appui, lequel se trouve au centre.

Soit AB un levier ; si ce levier est du premier genre, la puissance sera en P, la résistance en R et le point d'appui en O (voir fig. 1).



Fig. 1. — Levier du premier genre. Les forces agissent dans le sens des flèches.
AB, levier.
P, puissance.
O, point d'appui.
R, résistance.

Comme exemple de levier du premier genre, nous trouvons le pic du paveur, la balance romaine, etc. (voir fig. 2) ;

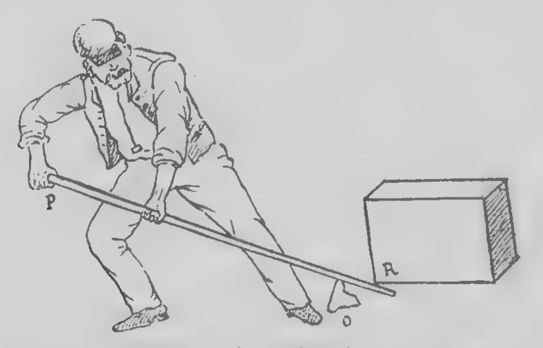


Fig. 2. — Exemple du levier du premier genre.

2° Dans le levier du deuxième genre ou inter-résistant, la puissance se trouve d'un côté du levier, le point d'appui de l'autre ; c'est la résistance qui en occupe le centre et alors la résistance R viendra prendre la place du point d'appui O et vice-versa (voir fig. 3).



Fig. 3. — Levier du deuxième genre. Les forces agissent dans le sens des flèches.
AB, levier.
P, puissance.
O, point d'appui.
R, résistance.

Comme exemple frappant, la brouette, dans laquelle le point d'appui se trouve être le point où la roue touche le sol ;

la résistance, ce qu'elle contient, pierres, terre, etc.; la puissance, le bout des brancards (fig. 4); de même le pic qu'on place sous une pierre de taille pour la pousser en avant est un levier du second genre, lorsque la puissance lève le manche du levier, le point d'appui se trouve au point où le levier touche le sol, sous la pierre; la résistance au point de contact du levier avec cette dernière; la puissance à l'autre bout du levier.

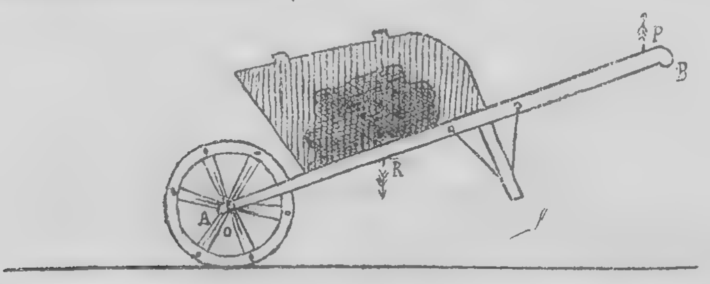


Fig. 4. — Levier du deuxième genre. Les forces agissent dans le sens des flèches.

AB, levier.
P, puissance.
R, résistance.
O, point d'appui.

D'autres exemples encore le casse-noisette, la rame du bateau;

3° Dans le levier du troisième genre ou inter-puissant



Fig. 5. — Levier du troisième genre.

AB, levier.
O, point d'appui.
P, puissance.
R, résistance.

c'est la puissance qui se trouve entre la résistance et le point d'appui (voir fig. 5). L'exemple frappant est la pédale d'un tour, d'une meule, etc. (fig. 6).

3° *Des forces en présence lorsqu'on se sert d'un levier.* — Nous savons que, pour mettre un corps en mouvement, il faut exercer sur ce corps une action extérieure qu'on appelle force motrice; au contraire, si l'on veut s'op-

poser au mouvement de ce corps, il faudra exercer sur ce dernier une force, que nous appellerons force résistante. Un corps quel qu'il soit est généralement soumis à un ensemble de ces forces, les unes motrices, les autres résistantes. Lorsque le corps est en état de repos, on dit que les forces sont

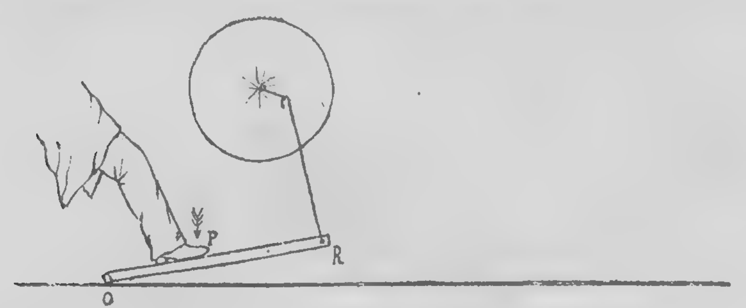


Fig. 6. — Levier du troisième genre.

O, point d'appui.
P, puissance.
R, résistance.

en équilibre ou se font équilibre. Une force est donc dite motrice lorsqu'elle est dirigée dans le sens du déplacement, résistante lorsqu'elle est dirigée dans le sens contraire du mouvement de son application. Si nous voulons appliquer ces théories au levier, nous voyons que chaque fois que nous avons un corps à déplacer nous mettons en présence trois forces, savoir : la puissance, la résistance et une troisième inerte, mais indispensable, le point d'appui.

Ainsi donc, chaque fois que nous voudrons déplacer un corps, nous aurons un problème à résoudre, en étudiant ces trois facteurs au point de vue de leur valeur :

1° La résistance à vaincre ;

2° La solidité du point d'appui ;

3° La puissance du levier ;

4° *Des lois qui régissent l'emploi des différents leviers.* — De l'étude de l'action de ces trois facteurs lorsque l'on veut vaincre une résistance découlent des lois, les unes générales et s'appliquant à tous les genres de leviers, les autres particulières et qui appartiennent à certains leviers.

Ces lois sont les suivantes :

Lois générales.

1° La puissance doit toujours être supérieure à la résistance;

2° Le rapport de la puissance à la résistance est égal à l'inverse des bras de levier, c'est-à-dire que la force est inversement proportionnelle aux bras de levier.

1° Le levier du premier genre nécessite un point d'appui dont la solidité doit être égale à la somme de la puissance et de la résistance, puisque chacune de ces forces agit d'un côté et de l'autre du point d'appui, mais dans le même sens;

2° Avec les leviers du deuxième et troisième genre, au contraire, la solidité du point d'appui n'a plus besoin que d'être égale à la différence entre la résistance et la puissance agissant dans le sens de la plus grande de ces deux forces, puisque ces deux forces agissent dans des sens opposés.

Si nous avons fait ici de la mécanique d'une façon peut-être plus approfondie qu'il ne l'aurait fallu, c'est que nous voulions bien démontrer ce qu'est un levier et quels sont les différents leviers par la différence d'application de leurs forces. Si nous avons parlé de ces forces et des lois qui réagissent les leviers, c'est que nous avions l'intention de bien démontrer comment agissent mécaniquement nos instruments d'extraction et à quel genre de levier chaque sorte d'instrument appartient pendant les différents temps de l'ablation d'une dent.

On emploie en art dentaire pour l'extraction des dents et des racines une série d'instruments qui peuvent se diviser en quatre groupes différents :

1° Les langues de carpe et les élévateurs ;

2° Les daviers et les tire-fonds;

3° La clef de Garengeot;

4° Les pieds-de-biche.

M. Godon assimile d'une façon générale tous ces instruments au levier du premier genre ou inter-appui et pour donner une explication plausible de l'assimilation du davier

à ce genre de levier, il dit qu'il agit comme un double levier. Tel n'est pas notre avis ; mais pour ne pas compliquer ce travail nous allons passer chaque instrument en revue, en voyant comment il agit dans les temps de luxation et de renversement, car nous ne parlerons pas des deux

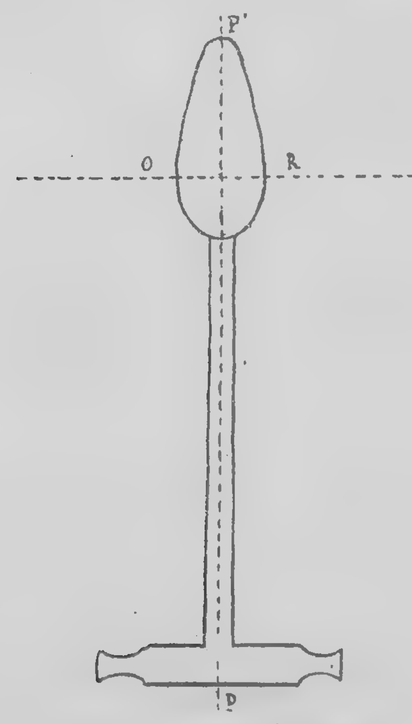


Fig. 7. — Langue de carpe.

PP, puissance.
O, point d'appui.
R, résistance.

premiers temps de l'extraction qui ne sont que les préludes de l'opération elle-même.

1er groupe. La langue de carpe. — La langue de carpe, dont tout le monde connaît la forme, est surtout un instrument employé pour l'extraction des dents de sagesse en prenant point d'appui sur la dent voisine. L'instrument est enfoncé horizontalement entre la dent de sagesse et la dent d'à côté, le plat de la lame serré entre les deux dents, la luxation est opérée par des mouvements de torsion pen-

dant lesquels le point d'appui est pris sur la partie supérieure de la dent voisine, sur laquelle vient s'appuyer un côté de la langue de carpe, tandis que l'autre côté agit sur la partie inférieure de la dent de sagesse que les mouvements de torsion tendent à faire sortir de son alvéole. Pen-

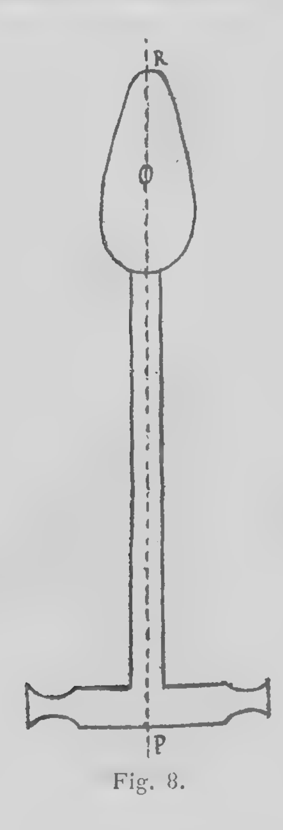


Fig. 8.

P, puissance.
O, point d'appui.
R, résistance.

dant la luxation le point d'appui est en O et la résistance en R; quant à la puissance elle se trouve en P au centre du manche et si l'on prolonge cette ligne en P', on voit que la puissance se trouve entre le point d'appui et la résistance; c'est donc un levier du troisième genre (fig. 7). Pendant le temps de renversement, au contraire, la langue de carpe est levée ou abaissée verticalement suivant qu'on a à extraire une dent du haut ou du bas, et l'extraction est obtenue en rapprochant le manche des dents du maxillaire où porte

l'extraction ; dans ce temps alors le genre du levier change et il devient du premier genre, c'est-à-dire inter-appui : en effet le point d'appui vient en O, la résistance en R et la puissance en P (fig. 8).

Les élévateurs. — Les élévateurs sont des instruments destinés à pénétrer profondément sous l'alvéole et à le dilater pour permettre la sortie de la racine ; ils ont la forme d'une cuillère très peu concave, presque plate, placée au bout d'une tige courbe munie d'un manche généralement en forme de T majuscule ou de poire octogonale. Ces instruments ont des mouvements de luxation à peu près semblables à ceux que fait la terre autour du soleil ; en effet, comme la terre, ils ont des mouvements de rotation autour de la dent pendant qu'ils exécutent des mouvements de demi-rotation sur eux-mêmes.

Dans ces mouvements, si l'on considère l'élévateur comme un levier, il prendra, comme la langue de carpe, son point d'appui sur une partie de l'alvéole correspondant au point de contact d'un des bords de la lame de l'élévateur, pendant que la résistance se trouvera de l'autre côté. La puissance se trouvera entre ces deux forces et sera l'axe de l'effort du mouvement de rotation, propulsé par le poignet. Ils sont donc des leviers du troisième genre.

2e groupe. Le davier. — Le davier a été classé par M. Godon comme levier du premier genre double, c'est-à-dire comme deux leviers, un à droite et un à gauche qui agiraient alternativement en prenant point d'appui sur la dent elle-même, tantôt à droite, tantôt à gauche, pendant que la résistance serait sur tout le pourtour de la racine, dans les mouvements d'ébranlement. A notre avis, il n'est pas, pendant le temps de luxation, un levier du premier genre, même double, mais il est tantôt du deuxième genre dans les mouvements de latéralité, tantôt du troisième dans les mouvements de rotation et il devient seulement levier du premier genre dans le temps de renversement. Le davier étant une pince qui enserre la dent à son collet ou plus loin sur les deux faces où l'effort d'ébranlement a lieu, fait

que, lorsque cette dent est prise fortement entre les mors, elle appartient en quelque sorte au levier lui-même, en faisant corps avec lui et vient l'augmenter de toute la longueur de sa racine ou de ses racines. On peut donc dire que pendant l'extraction d'une dent au davier, le levier est composé du davier augmenté de la dent et de sa racine qui continuent et transmettent leur puissance au levier.

Maintenant que nous avons défini l'étendue du levier dans l'extraction au davier, il nous reste à déterminer, pour chaque temps opératoire, la résistance, le point d'appui et la puissance.

Dans les mouvements de latéralité, la puissance est toujours au bout des branches du davier; quant à la résistance, elle est formée par l'ensemble du serrement alvéolaire sur la racine et par le ligament. La résistance dans ces mouvements de luxation se trouve donc être exactement l'alvéole et surtout le bord alvéolaire. Et c'est justement là qu'est l'erreur initiale de M. Godon : il prend la racine comme résistance, tandis que celle-ci est formée en réalité par l'enserrement alvéolaire, que les mouvements de luxation tendent à dilater. Quant au point d'appui, il est alors facile de le déterminer, il se trouve exactement au fond de l'alvéole, au point directement en contact avec l'apex de la racine, mais toujours dans la direction opposée à la résistance, tantôt à droite, tantôt à gauche. L'expérience suivante permet de se rendre facilement compte de cette théorie. Lorsqu'on introduit entre deux doigts de la main gauche une baguette et qu'on cherche à lui imprimer des mouvements de latéralité, alternativement contre l'un et l'autre de ces doigts, on ressent parfaitement la tendance qu'a le doigt qui supporte la puissance à s'écarter de l'autre, pendant que l'on sent le bout de la baguette prendre fortement point d'appui au fond de l'entre-doigt du côté opposé où s'exerce la puissance. A mesure que les mouvements de latéralité qu'accompagne un mouvement de traction font sortir la racine, le point d'appui s'élève progressivement du fond de l'alvéole, jus-

qu'au moment où peut s'exercer alors le temps terminal ou d'extraction proprement dit ; mais nous en parlerons tout à l'heure.

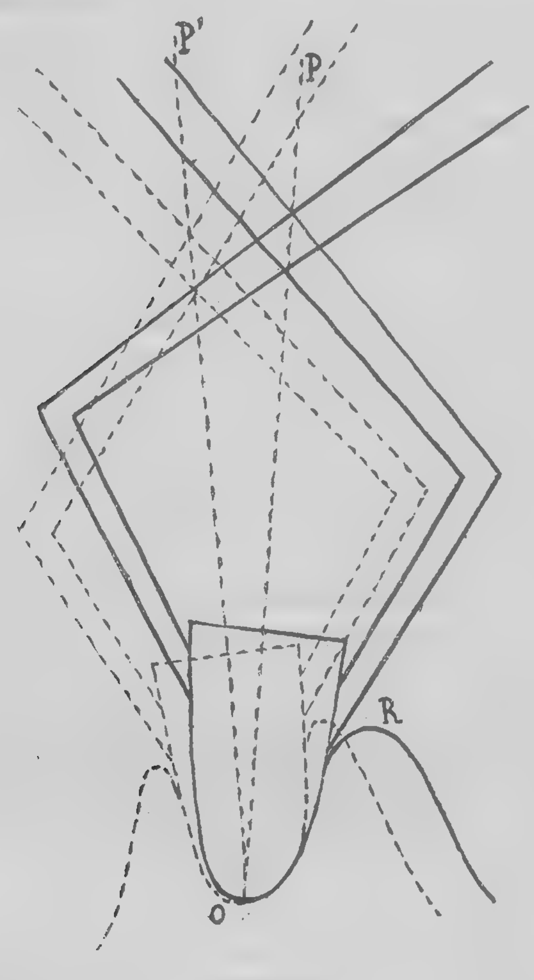


Fig. 9.

R, résistance.
O, point d'appui.
PP', puissance.

Voilà ce qui se passe dans les mouvements de latéralité, voyons maintenant ce qui se produit dans les mouvements de rotation. Dans les mouvements de rotation le davier agit comme un levier du troisième genre ; en effet les racines uniques pour lesquelles se font ces mouvements sont tou-

jours ovales et dans ces conditions l'élargissement alvéolaire se fait en cherchant à arrondir l'alvéole dans toute sa profondeur; dans ce cas, la racine étant ovale, le point d'appui

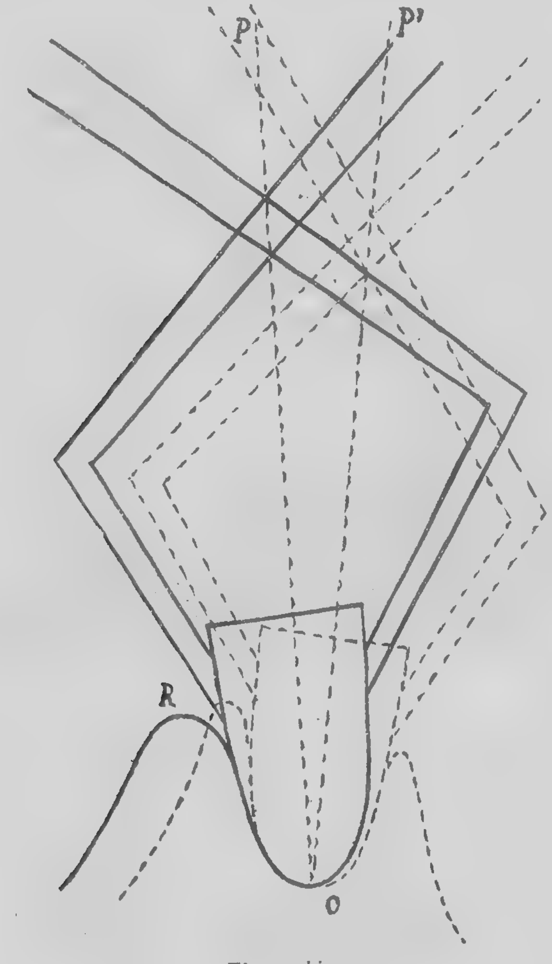


Fig. 9 *bis*.

se trouve d'un côté du plus grand diamètre de la racine, tandis que la résistance se trouve de l'autre. La puissance se trouvera alors placée au centre, entre la résistance et le point d'appui, environ à l'endroit du canal, puisque cet endroit se trouve être l'axe du mouvement imprimé par le poignet, la racine n'étant toujours que le levier continué.

Dans le mouvement terminal de l'extration, le davier

devient un levier du premier genre; en effet, ce mouvement devant théoriquement être un mouvement de renversement externe, le point d'appui devient le bord alvéolaire externe, tandis que la résistance devient la partie de la racine restant incluse dans l'alvéole et la puissance se porte à l'extrémité des branches. C'est donc dans le mouvement terminal seulement, que le davier est un élévateur du premier genre et là encore, nous sommes en désaccord avec M. Godon, car il dit (*Manuel du chirurgien-dentiste,* page 250): « En négligeant le bras et le corps de l'opérateur on peut dire que le point d'appui dans la traction est sur la charnière de l'instrument. » Si ceci était vrai, Archimède aurait eu tort lorsqu'il disait: « Donnez-moi un point d'appui et je soulèverai le monde », car la charnière ne peut être un point d'appui ; elle pourrait prendre un point d'appui, mais elle ne peut en être un, car il serait fictif et il est aussi difficile d'extraire une dent avec un levier sans point d'appui qu'il était impossible à Archimède de soulever le monde sans cette force neutre. Dans le mouvement de traction de deux choses l'une : ou le davier n'agit plus comme levier et il devient alors simplement une pince, ou il agit comme un levier pour le renversement externe, nécessaire au temps terminal, appelé aussi temps de renversement, et alors le point d'appui est le rebord alvéolaire. On peut donc dire que, si le davier est l'instrument d'extraction par excellence, ce n'est pas parce que c'est un levier du premier genre même double, mais c'est parce qu'il possède la faculté de devenir levier du deuxième, troisième ou premier genre, à la volonté de l'opérateur.

La forme du davier elle-même favorise plus spécialement tel ou tel levier; c'est ainsi que le davier à bec de perroquet favorise plus spécialement les leviers du premier genre et du deuxième, tandis qu'il est difficile de s'en servir comme levier du troisième genre. Le davier droit du bas au contraire favorise le levier du troisième genre, tandis qu'il rend difficile son emploi en levier du premier et deuxième genre ; c'est du reste pour cela que, pour les dents du bas,

le davier droit est délaissé dans la plupart des cas pour le davier à bec de faucon, mais nous reviendrons sur tout ceci en parlant des différentes formes de daviers et de leur emploi.

Tire-fond. — Il est un autre instrument qui agit comme le davier, c'est le tire-fond. En effet quand la vis du tire-fond est fortement prise dans la racine, cette dernière continue le levier et dans les mouvements de latéralité, il est comme le davier, levier du deuxième genre, et dans le temps de renversement levier du premier genre; nous ne pouvons en parler comme levier du troisième genre, car les mouvements de rotation lui sont interdits sous peine de dévissement.

3e groupe. Clef de Garengeot. — Quoique la clef de Garengeot tende de plus en plus à disparaître de notre matériel opératoire, il est quand même bon de décrire à quelle sorte de levier elle peut être assimilée. La clef de Garengeot dont nous ne ferons pas la description, puisqu'elle est connue de tous, est un levier du troisième genre ou inter-puissant (fig. 10); en effet, si nous schématisons

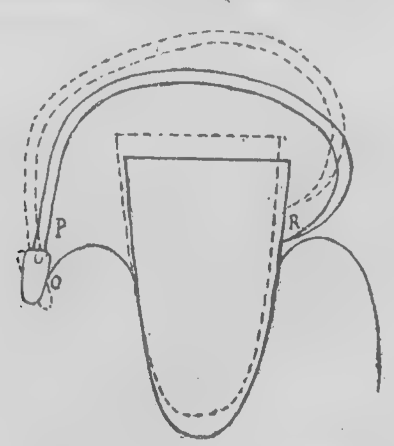


Fig. 10. — Clef de Garengeot.

P, puissance.
O, point d'appui.
R, résistance.

la clef pendant une extraction, nous voyons que la résistance se trouve placée en R sur une face de la dent, la puissance

en P à l'endroit de la charnière et le point d'appui O est le bord alvéolaire opposé à la résistance. Nous pouvons ainsi nous rendre compte que la clef de Garengeot est bien un levier du troisième genre, la puissance se trouvant placée entre le point d'appui et la résistance à l'endroit ou le manche forme une charnière qui est l'axe de rotation de l'effort.

4e groupe. Le pied-de-biche. — Cet instrument que nos anciens appelaient poussoir, ne peut à proprement parler être décrit comme un levier; pourtant après que son mors unique est enfoncé sous l'alvéole, en même temps que s'exécute la poussée en avant, il se produit un mouvement de renversement qui assimile alors le pied-de-biche pendant ce temps à un levier du premier genre (fig. 11) et si nous

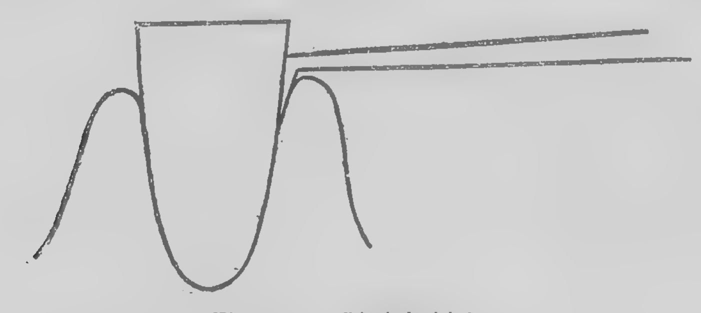


Fig. 11. — Pied-de-biche.

schématisons nous trouvons que la résistance R est au point où le bout du mors prend contact avec la racine, le point d'appui O au point où le dos du mors touche le bord alvéolaire et la puissance P au bout du manche de l'instrument.

Cette théorie de l'extraction que nous venons d'étudier aussi complètement qu'il est possible n'a dans ce travail qu'un but: celui de raisonner l'extraction dans ses moindres détails et de n'appliquer à la dent à extraire que l'instrument dont le genre de levier s'adaptera le mieux à cette dent et dont la puissance sera suffisante pour vaincre la résistance, sans pour cela briser le point d'appui. En un mot le choix du levier devra sortir de l'étude de la différence des rapports existants entre la puissance et la résistance suivant

la solidité du point d'appui. Il est certain que si nous nous appliquions à résoudre théoriquement, avant de le faire pratiquement, ce problème de l'extraction avant chaque opération et pour chaque cas différent, nous nous éviterions

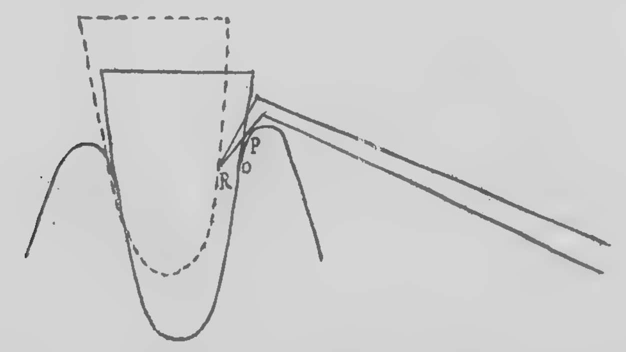


Fig. 11 *bis*. — Pied de biche.

P, puissance.
O, point d'appui.
R, résistance.

bien des déboires. L'instrument serait choisi avec certitude et les mouvements faits pour la luxation seraient exactement ceux qui sont nécessaires. C'est du reste ce que M. Godon appelle à juste titre la meilleure utilisation de la puissance. Cette application théorique du choix de l'instrument n'a pas seulement son utilité pour chaque groupe d'instruments, mais aussi pour choisir le davier dont les branches, les mors, les courbes seront le plus en rapport avec l'extraction à faire, tout en permettant la meilleure utilisation de la puissance. C'est en somme toujours de l'étude de la valeur des trois forces suivantes :

1° Résistance à vaincre ;

2° Solidité du point d'appui ;

3° Puissance du levier ;

Que devra sortir le choix de l'instrument d'extraction.

RENSEIGNEMENTS UTILES

La ligne : 20 francs par an, } dans 24 numéros.
Lignes en sus : 10 fr. la ligne }

ALLIAGE DENTAIRE

Contenau et Godart fils, 7, rue du Bouloi, PARIS, **TÉLÉPHONE 214.53.**

CERTIFICAT D'ÉTUDES.

Institut des Langues et des Sciences. A. Debraux, dir., 17, fg. Montmartre. 109 élèves reçus (noms et adresses publiés) ces dernières années. Examens de 1902 : 36 reçus sur 44 élèves. **Les 4/5 du cours de 1901 et 1902 reçus.** Envoi sur demande des noms et adresses des diplômés.

Préparation spéciale par le Docteur **Achille LOMBARD** O. [illegible] C. ✻. ancien Secrétaire du Jury de la Sorbonne, 3, boulevard Sébastopol, PARIS.

CONTINUOUS GUM

B. Platschick, 3, rue Ventadour (*Laboratoire spécial*). **TÉLÉPHONE 222.82.**

FOURNITURES GÉNÉRALES.

Comptoir international, 15, avenue Fonsny, BRUXELLES.

Contenau et Godart fils, 7, rue du Bouloi, PARIS. **TÉLÉPHONE 214.53.**

Cornelsen, 16, rue Saint-Marc, **TÉLÉPHONE 218.69.**

Vve Jules Friese, 3, rue de Londres, *près la Trinité*, PARIS.

Alfred Joliot (à la Cloche), 193, rue St-Martin. **TÉLÉPHONE 271.51.**

Colin Logan fils, 113, rue Réaumur, *près la Bourse*, PARIS. **TÉLÉPHONE 288.79.**

Mamelzer et fils, 40, rue Croix-des-Petits-Champs, PARIS. **TÉLÉPHONE 306.77.**

Reymond frères {
22, rue Le Peletier, PARIS. **TÉLÉPHONE 312.91.**
44, place de la République, LYON.
69, rue de la Croix de fer, BRUXELLES.
3, rue Petitot, GENÈVE.

Victor Simon et Cie, 54, rue Lamartine, PARIS. **TÉLÉPHONE 269.45.**

Société coopérative des dentistes de France, 45, rue de La Tour-d'Auvergne. **TÉLÉPHONE 223.04.**

Société Française de Fournitures Dentaires. { 58 bis, Chaussée-d'Antin, Paris **TÉLÉPHONE 214.47.** } *Grande exposition*, au dépôt de PARIS, de toutes les *Nouveautés dans l'outillage* de MM. les Dentistes.

Vve J. Wirth, 22-24, avenue Philippe-Auguste, PARIS. **TÉLÉPHONE 923.48.**

Voir la suite page 456.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DE LA CLASSIFICATION DE LA CARIE DENTAIRE

Par M. Rodolphe Chapot-Prévost,
Professeur à l'École libre d'Odontologie de Rio-Janeiro.

(Suite)

RÉPONSE AUX CRITIQUES

(Lue à la session du 5 novembre 1902 de l'Institut brésilien d'Odontologie.)

Par M. Rodolphe Chapot-Prévost.

Chers confrères,

Il y a plus d'un an, nous avons eu occasion de présenter, à cette Association, un modeste travail intitulé : *Contribution à l'étude de la classification de la carie dentaire.*

On comprend aisément qu'un tel sujet ait éveillé l'attention de quelques-uns des plus remarquables membres de cet Institut, qui nous ont fait l'honneur de critiquer par écrit ce rapide mémoire.

Avant d'entamer le sujet, nous devons déclarer que nous remercions tout confus les phrases trop flatteuses et les éloges immérités que, dans leur critique, ils nous ont adressés, phrases et éloges qu'ils méritent davantage eux-mêmes que l'auteur du dit mémoire.

Aujourd'hui seulement (jour de la session de novembre) nous pouvons répondre à ces critiques parce que la quatrième et dernière nous a été remise le premier du mois passé, jour de notre session d'octobre.

La première des critiques reçues est signée par notre collègue Pedro Oliver, professeur d'histologie normale à notre École libre d'Odontologie, et ce fait seul suffit pour montrer l'importance de la critique à laquelle nous avons l'honneur de répondre. Quoique notre collègue accepte la classification proposée par nous, il y trouve une légère lacune résultant de ce que nous n'y avons pas inclus la

carie du cément et à ce sujet il dit dans son excellent travail qui élucide beaucoup le sujet :

« Dans la classification il existe une lacune, et c'est celle de ne pas traiter de la carie du cément, qui, étant un tissu dur, doit être inclus. Et voici ce que je propose. On me dira que le cément est secondaire et rarement affecté, mais il n'en est pas ainsi. Nous pouvons avoir la carie du cément comme un état très avancé de carie, par la perforation du canal radiculaire ; nous pouvons avoir la carie du cément quand il y a atrophie des gencives, et nous pouvons avoir encore la carie du cément dans une carie commençant au collet, davantage sur l'émail, mais qui avec son progrès détermine la réabsorption de la gencive avec l'exposition conséquente du cément et finalement la carie. »

Nous admettons la proposition de notre collègue, d'inclure dans notre classification la carie du cément, mais nous différons d'avec lui quant à sa fréquence.

Choquet, dans un important mémoire publié dans le journal *L'Odontologie* de Paris, nº 3, du 15 février 1898 dit à la page 123 : « La carie du cément, qui est heureusement *rare* n'a, à mon avis, d'autre cause prédisposante que cette solution de continuité. »

Quant au tableau synoptique présenté par notre collègue, nous trouvons qu'il devrait mentionner, au moins, en une observation le cas où la carie commence par la dentine, parce que, comme l'a très bien démontré Choquet dans le remarquable mémoire ci-dessus cité et qui est intitulé « *Note sur les rapports anatomiques existant chez l'homme entre l'émail et le cément* », l'émail couvre le cément 27, 5 o/o de fois et le cément couvre l'émail 24, 15 o/o, il y a juxtaposition 65, 5 o/o, enfin une solution de continuité dans laquelle la dentine apparaît entre l'émail et le cément 27, 5 o/o de fois.

Voyons maintenant la critique présentée par le professeur d'hygiène de l'Ecole libre, notre collègue Henri-Charles Carpenter.

Ce collègue fait une brillante exposition à l'appui de notre thèse et termine en proposant la division du deuxième degré de carie admise par nous en trois périodes.

Nous sommes d'avis que la modification présentée par ce collègue peut être acceptée, mais au lieu de considérer des périodes, nous considérerons la marche de l'affection de la manière suivante :

Carie du 2e degré. . .	Dentine.	Superficielle. Profonde. Pénétrante.

De cette manière et avec l'idée suggérée par M. Pedro Oliver, nous croyons satisfaire les plus exigeants par cette classification.

Passons maintenant à la troisième des critiques de notre modeste travail.

Cette critique émane de notre distingué collègue Aristides Benicio de Sa, professeur à l'Institut depuis 11 ans. Il dit au début.

« Il se discute à l'Institut une classification dans la marche de la carie dentaire pour établir d'accord avec les progrès de l'affection, des règles certaines dans la manière d'agir et de simplifier la méthode de traitement. »

Notre cher maître se trompe : ce que nous cherchons à démontrer et c'est là le point capital de notre travail, c'est *que l'affection de la pulpe provoquée par la carie est une complication de cette dernière affection, puisque la carie ne peut être que l'altération des tissus durs de la dent.*

Contrairement à ce que suppose M. Benicio, nous ne détachons pas de la marche de la carie dentaire les affections de la pulpe produites par elle (dénudation, inflammation et même la destruction) pour rencontrer de nouveau le deuxième degré, non ; nous considérons comme carie du premier degré la destruction de la cuticule de l'émail et la désorganisation de ce tissu et comme carie du deuxième degré la destruction de l'émail et la désorganisation de la dentine ; quant aux affections de la pulpe, nous les consi-

dérons comme des complications de la carie observées dans leur marche.

M. Benicio ajoute :

« Et les affections de la pulpe dentaire produites par la carie, ne constituent-elles pas (dénudation et destruction) des complications de la dernière période de la carie? Dans ces conditions allons-nous parler de conserver la pulpe, ou allons-nous la détruire complètement pour l'extirper *comme traitement de la carie dentaire* ? Certainement nous allons l'extirper. Alors pourquoi détacher cette partie du traitement? »

Les affections de la pulpe dentaire produites par la carie (dénudation et destruction) comme le dit judicieusement notre collègue, d'accord avec nous, *sont des complications de la carie*, mais ne constituent pas une entité morbide, puisque *l'affection de la pulpe (tissu mou) n'est pas une carie, mais bien une complication de cette affection.*

Nous prenons la liberté d'observer, quant à la dernière interrogation de l'observation ci-dessus, que nous ne nous sommes pas fait comprendre par notre maître, car nous ne détachons pas des méthodes de traitement.

Nous rappelons avec Thomson la manière d'agir quand la carie atteint le premier tissu dentaire, l'émail, c'est-à-dire, le tissu dur qui revêt la dentine en formant la couronne ; nous rappelons la manière d'agir quand la carie atteint le deuxième tissu dentaire, la dentine, c'est-à-dire le tissu dur qui forme pour ainsi dire presque toute la dent et est sous-jacent à l'émail, à la couronne, au cément et à la racine.

Nous rappelons finalement que quand la pulpe est atteinte, il ne s'agit pas ici d'un tissu dur, ce n'est donc pas d'une carie que nous nous occupons, quoiqu'elle ait pu être la cause déterminante, mais d'une pulpite, et comme ce n'est pas une affection primordiale, elle n'est qu'une complication.

Quand la marche de la carie présente la complication de l'affection de la pulpe, avant de commencer le traitement de la carie nous sommes obligés de combattre cette compli-

cation en mortifiant la pulpe et en l'extirpant pour traiter ensuite l'affection principale. c'est-à-dire la carie, en desséchant les parois du cal radiculaire qui sont constitués par de la dentine. Il n'est pourtant pas anti-dogmatique de considérer l'affection de la dentine, en ce cas, comme une carie du deuxième degré compliquée de pulpite.

Un peu plus loin notre maître dit :

« Comment classifier le degré de la carie quand il se présente une dent dont la pulpe a déjà été détruite par les progrès de la maladie ? »

Nous répondons : carie du deuxième degré compliquée par la désorganisation de la pulpe dentaire, et le traitement consistera à chasser du canal radiculaire les débris et les liquides laissés par cette désorganisation de la pulpe, à combattre l'arthrite de l'apex, s'il existe, à dessécher les parois de la dentine cariées du canal radiculaire, à aseptiser le dit canal, à faire l'obturation provisoire et ensuite l'obturation définitive.

Citons encore le passage suivant de notre critique.

« Si encore nous pouvions parler de conserver la pulpe après invasion de la chambre pulpaire par la carie (hypothèse que nous n'admettons absolument pas) je serais d'accord, car en ce cas nous traiterions un organe dont la conservation mettrait une barrière à la continuation de la maladie ; mais il n'en est pas ainsi : tout ce que nous faisons dans ces conditions n'est absolument que le *traitement de la carie dentaire*, il n'y a donc pas de raison d'être de ce saut que fait a carie par-dessus la pulpe qu'elle a elle-même offensée et détruite. »

Considérer le traitement de la pulpe dentaire comme un traitement de la carie et non comme le traitement d'une complication de cette affection autoriserait à dire que la pulpe serait cariée, ce qui serait inacceptable.

En outre, à la fin de ce passage, M. Bernicio met bien en évidence son opinion en considérant l'affection de la pulpe dentaire comme une variété de la carie en disant :

« *Il n'y a donc pas de raison d'être de ce saut que fait la carie par-dessus la pulpe qu'elle a elle-même offensée et détruite.* »

Nous ne nous sommes par attaché à la définition de *la carie dentaire de quelque auteurs* ; nous nous basons

sur la définition classique de la carie en général donnée par les sommités du monde médical et partant de là, il ne nous a pas été difficile avec l'évidence des déductions de démontrer notre thèse d'une manière évidente.

Enfin notre collègue rappelle la définition surannée — on pourrait presque dire fossile —, de la carie dentaire donnée par Harris, Austen et Andrieu. Il suffit de dire que ces auteurs ne font pas entrer dans leur définition la nature parasitaire de la carie dentaire établie par Miller et Bouchard, précisément parce que la dernière édition de l'ouvrage date de 1884.

Mais, encore ainsi, ces auteurs citant la thèse de Cruet (1879) admettent la carie compliquée, c'est-à-dire la carie qui peut être suivie de l'infection de la pulpe et, de plus, dans des chapitres distincts ils étudient *les affections de la pulpe et la carie dentaire.*

M. Benicio observe que Cruet dit que la carie de l'émail est théorique ; nous reproduisons ici la phrase de Cruet et nous croyons pouvoir l'interpréter d'une manière différente (*Hygiène et thérapeutique des maladies de la bouche*, page 207).

Voici l'extrait :

« *Caries du premier degré.* — Ces caries sont un peu théoriques, car, en réalité, il est rare que l'émail soit seul atteint ; cela peut être cependant et dans ce cas l'affection n'a pas grande importance si elle est limitée en surface. »

Plus loin il dit (page 208) :

« Dans les caries limitées de l'émail, le limage souvent, le plombage toujours, suffiront pour en arrêter la marche. »

En nous servant, donc, pour notre défense, des propres arguments de notre digne maître, nous concluons qu'ils viennent raffermir notre thèse ; à moins que M. Benicio garde sous silence d'autres arguments pour ne pas se targuer d'érudition.

(A suivre.)



SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 28 avril 1903.

Hommage à la cocaïne, tel est le titre d'une communication de M. Richelot qui a, en effet, contracté envers cet anesthésique une dette de reconnaissance. M. Reclus a dit comment la cocaïne, injectée d'une certaine façon, rend les doigts si parfaitement insensibles qu'on peut inciser méthodiquement et sans hâte les panaris les plus graves, sans que le malade en ait cure. M. Richelot a éprouvé les avantages d'une anesthésie locale vraie, complète, ne ressemblant en rien à l'engourdissement illusoire que donnent les divers procédés de réfrigération.

Par suite d'une piqûre anatomique de l'index de la main droite, malgré une première intervention énergique, sans anesthésie, la blessure prit bientôt un certain caractère de gravité ; un ganglion axillaire se mit de la partie. Le mardi, 3 février, M. Richelot rencontra M. Reclus à l'Académie, il lui fit jurer qu'il l'opérerait sans douleur, et l'opération eut lieu le jeudi 5. Il fit, non pas dans les tissus enflammés, mais à la base du doigt, une série d'injections sous-cutanées, qui entourèrent ce doigt comme d'une « bague analgésique ». M. Morestin put alors aseptiser la région malade, sans éveiller de la part de M. Richelot aucune protestation. Puis M. Reclus coupa l'ongle immédiatement au-dessous de la lunule, abrasa avec une curette le derme sous-unguéal infecté, gratta un point suspect de la phalange ; et, cependant, M. Richelot examinait curieusement chacun de ses mouvements, il assistait à l'opération comme s'il se fût agi d'un autre. Il ne souffrait pas, mais il éprouvait une sorte de volupté négative à sentir le contact des instruments sans aucune espèce de douleur. Il était couché pendant l'opération et il ne reprit la position verticale qu'après avoir mangé.

La cocaïne lui procura ce double bénéfice de rendre possible une opération aussi radicale, aussi décisive, qu'elle l'eût été pendant l'anesthésie générale, et de le laisser immédiatement valide comme ne l'eût pas permis le chloroforme. Tandis que son doigt guérissait régulièrement et que l'infection disparaissait sans laisser de traces, malheureusement l'adénite axillaire continuait d'évoluer et devint un gros phlegmon. Ici, encore, la cocaïne lui rendit service.

Qu'on ait trouvé à la cocaïne des inconvénients, soit ; il y a des précautions à prendre et des distinctions à faire. Mais qu'on mette en doute, comme cela s'est vu le 10 février, l'analgésie parfaite obtenue par elle dans les cas en question, c'est nier l'évidence. Il faut seulement connaître le procédé ; or, il y a quelque dix ans qu'il est dans le domaine public. L'analgésie « régionale », par une série d'injections sous-cutanées à la base du doigt, est constante, absolue. Valant, par sa perfection, l'anesthésie chloroformique, et permettant comme elle de faire une opération réglée au lieu d'une incision hâtive, elle a sur elle, dans l'espèce, une incontestable supériorité : elle supprime la « grosse affaire » qu'est l'anesthésie générale, avec la responsabilité qu'elle entraîne toujours, avec ses malaises quelquefois durables et la suspension d'activité à laquelle on ne se résigne guère pour un simple panaris.

La cocaïne est-elle dangereuse ? La réponse de M. Reclus, son plaidoyer nouveau dispensent M. Richelot de rien ajouter. Sans doute, elle est dangereuse entre certaines mains ; sans doute, il y a eu des accidents, il y en aura peut-être encore. Mais cela veut dire qu'à l'apparition de la cocaïne on n'a pas su d'emblée la manière de s'en servir, et qu'aujourd'hui même il y a des gens qui aiment à faire des écoles au lieu d'écouter ceux qui savent. Et cependant, les règles sont d'une bien grande simplicité : faire usage d'une solution très diluée, 1 p. 100 ou même 1/2 p. 100, en injecter 6 ou 7 centigrammes ; pour d'autres opérations on peut aller jusqu'à 10 ou 15 ; opérer le malade étendu, et le faire manger ou boire avant de se lever.

Toutefois M. Richelot ne va pas jusqu'à suivre M. Reclus partout où il voudrait aller avec la cocaïne. Pour les grandes opérations, il considère que c'est un incomparable bienfait du chloroforme de faire que le patient n'assiste pas à la scène. Mais si M. Richelot montre ainsi une certaine timidité à donner trop d'extension à l'anesthésie locale par la cocaïne, il est bien entendu que ses raisons sont d'ordre technique et sentimental, et que « les dangers » n'y sont pour rien. Pas plus pour lui que pour M. Reclus la cocaïne n'est dangereuse, quand on suit les règles qu'il a posées. Mais il n'en dira pas autant d'un autre mode d'anesthésie par le même agent, anesthésie régionale si l'on veut, puisqu'elle ne s'étend qu'à une partie du corps, mais qui singe l'anesthésie générale, puisqu'elle s'attaque aux centres nerveux : il veut parler de la cocaïnisation de la moelle. Et tout d'abord, il se plaît à noter que M. Reclus n'en est pas partisan. M. Richelot devant les faits, les accidents qui ont été révélés, n'hésite pas à repousser cette méthode de la rachi-cocaïnisation. Nous croyons d'ailleurs qu'elle a vécu ou à peu près et qu'elle est abandonnée maintenant par la plupart de ceux même qui l'ont le plus préconisée.

(Gazette des hôpitaux.)

DOCUMENTS PROFESSIONNELS

ACADÉMIE DE PARIS

CHIRURGIE DENTAIRE

Examens probatoires.

Session de juillet.

UNIVERSITÉ DE FRANCE

Paris, le 13 mai 1903.

Monsieur le Directeur,

L'attention de l'Administration supérieure a été appelée sur les dispositions qu'il conviendrait d'adopter pour que les aspirants au diplôme de chirurgien-dentiste, qui justifient d'une scolarité régulière, puissent subir leurs examens probatoires aussitôt cette scolarité terminée, c'est-à-dire après la prise de la douzième inscription et avant l'ouverture de la période de vacances.

J'ai l'honneur de vous informer que, le 12 mai courant, M. le Ministre a décidé qu'il y avait lieu :

1° D'avancer de dix jours la date de la prise de la douzième inscription. Cette inscription sera donc délivrée du 20 juin au 1er juillet;

2° De fixer au premier lundi de juillet l'ouverture de la session d'examens;

3° De régler le service des examens de telle façon :

A. Que les candidats admis à un examen puissent consigner aussitôt après leur réception, en vue de l'examen suivant;

B. Que tous les candidats subissent leurs épreuves avant les vacances et que les opérations soient terminées avant le 1er août;

4° De mettre à exécution dès cette année les dispositions dont il s'agit.

Veuillez aviser les intéressés de cette décision.

Recevez, monsieur le directeur, l'assurance de ma considération très distinguée.

Le vice-recteur,
L. LIARD.

Monsieur le Directeur de l'École dentaire de Paris.

UNIVERSITÉ DE PARIS — FACULTÉ DE MÉDECINE

Année scolaire 1902-1903

SESSION D'EXAMENS

POUR LE

DIPLOME DE CHIRURGIEN-DENTISTE

Conformément à l'arrêté du 29 juillet 1895, une session d'examens pour le diplôme de chirurgien-dentiste s'ouvrira à la Faculté de Médecine de l'Université de Paris, le 6 juillet 1903.

I. — **Conditions d'admission.** — Sont seuls admis à se présenter à cette session :

1° *Pour les trois examens*, les dentistes inscrits au rôle des patentes au 1er janvier 1892 ; les candidats qui justifient d'un cours régulier d'études dans une des écoles d'enseignement dentaire existant en France à la date du 25 juillet 1893 ;

2° *Pour les deux derniers examens*, les dentistes de nationalité française, inscrits au rôle des patentes antérieurement au 1er janvier 1889 ;

3° *Pour le deuxième examen*, les dentistes pourvus, antérieurement au 1er novembre 1893, d'un diplôme délivré par l'une des écoles d'enseignement dentaire existant en France à la date du 25 juillet 1893.

II. — **Pièces à produire.** — Les candidats produiront les pièces suivantes :

Un extrait authentique de leur acte de naissance, et, s'il y a lieu, une traduction également authentique de cette pièce ;

Un extrait de leur casier judiciaire ;

Et, suivant le cas :

Un certificat constatant leur inscription au rôle des patentes au 1er janvier 1892, ou antérieurement au 1er janvier 1889 ;

Un certificat constatant qu'ils sont français ;

Le diplôme qu'ils ont obtenu devant une école d'enseignement dentaire de France, antérieurement au 1er novembre 1893 :

A ces pièces, les candidats élèves des écoles dentaires visés au paragraphe 1er de cette affiche devront joindre :

1° Soit *un diplôme de bachelier*, soit *le certificat d'études prévu par le décret du 30 juillet* 1886, *modifié par le décret du* 25 *juillet* 1893, soit *le certificat d'études primaires supérieures :*

2° *Un certificat constatant qu'ils ont accompli, dans l'une des écoles dentaires, des études complètes et régulières.* A ce certificat sera joint *un extrait des registres de l'école indiquant les dates d'entrée, d'inscriptions, etc. :*

3° *Un certificat individuel délivré par M. le Directeur des travaux scientifiques de l'amphithéâtre d'anatomie des hôpitaux, certificat justifiant du travail de l'élève et de son assiduité aux travaux pratiques de dissection.*

III. — **Consignations.** — Les consignations seront reçues, au Secrétariat de la Faculté de Médecine de l'Université de Paris, les lundi 29 et mardi 30 juin 1903.

Les candidats consigneront les droits d'examen, de certificat d'aptitude et de diplôme fixés par le décret du 14 février 1894 (30 fr. pour chaque examen, 20 fr. pour chaque certificat d'aptitude et 100 fr. pour le diplôme).

Il sera fait remboursement aux candidats ajournés des droits de certificat et de diplôme, selon les cas.

Les examens auront lieu à partir du 6 juillet 1903.

Paris, 15 mai 1903.

Le Doyen de la Faculté,
M. Debove.

ACADÉMIE DE PARIS

Certificat d'études secondaires exigé des chirurgiens-dentistes.

1re *Session de* 1903.

Circulaire n° 87.

UNIVERSITÉ DE FRANCE

Paris, 15 mai 1903.

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris, à M. le Directeur de l'Ecole dentaire de Paris, 45, rue de La Tour-d'Auvergne.

J'ai l'honneur de vous informer que les examens du certificat d'études secondaires exigé des aspirants au diplôme de chirurgien-dentiste auront lieu à Paris, *les mercredi* 22 *et jeudi* 23 *juillet prochain* (1re session de 1903).

Les inscriptions seront reçues au Secrétariat de l'Académie, à la Sorbonne (5e bureau), *du* 2 *juin au* 11 *juillet inclus.*

Les pièces à produire sont :

1° Une demande sur papier timbré à 0 fr. 60 portant l'indication de la langue dans laquelle le candidat désire subir *l'épreuve de la version*, ainsi que l'autorisation du père ou du tuteur, s'il est mineur. (Les signatures devront être légalisées.)

2° L'acte de naissance sur papier timbré à 1 fr. 80, légalisé.

Sur le dépôt de ces pièces, un bulletin de versement des droits (50 francs) sera remis à l'intéressé ; la quittance délivrée par le Receveur des droits universitaires devra être présentée au moment de l'appel dans la salle d'examen.

Veuillez porter ces dispositions à la connaissance des intéressés.

Pour le Vice-Recteur,
L'Inspecteur de l'Académie
L. Bompary.

LIVRES ET REVUES

Nous rappelons à MM. les Auteurs et Éditeurs que tous les ouvrages dont ils nous envoient deux exemplaires sont annoncés et analysés (s'il y a lieu). Les ouvrages doivent être adressés à M. le Rédacteur en chef, 45, *rue de La Tour-d'Auvergne.*

Adressbuch der Zahnärzte und Zahnkünstler des In- und Auslandes.

La maison Victor Pappenheim, de Berlin, vient de publier l'annuaire des chirurgiens-dentistes et des mécaniciens-dentistes d'Allemagne, d'Autriche-Hongrie, de Suisse, de Danemark, de Suède, de Norvège, de Russie, d'Angleterre, de France, de Belgique, de Turquie, de Serbie et de Bulgarie.

Ce volume de 440 pages, d'un format très commode, se termine par un répertoire alphabétique renvoyant aux pages et rendant les recherches très faciles.

L'ouvrage relié est en vente au prix de 6 fr. 25, 4/5 Schadowstrasse.

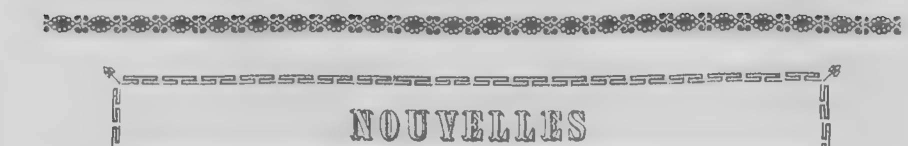
The Dental Annual, 1903.

MM. Baillière, Tindall et Cie, éditeurs 8 Henrietta Street, Strand, Londres, viennent de publier un annuaire dentaire pour 1903 sous le titre « The Dental Annual ». Cette publication, de 190 pages, contient, dans l'ordre alphabétique, sous forme de répertoire ou de dictionnaire tous les renseignements scientifiques, pratiques, législatifs, administratifs, professionnels, etc. de nature à intéresser le monde dentaire anglais. L'ouvrage se termine par un agenda pour toute l'année donnant toutes les réunions des Sociétés dentaires d'Angleterre, avec des blancs pour les annotations.

Ce volume nous semble très utile aux praticiens familiers avec la langue anglaise ; c'est un compendium très complet, malgré sa concision. Prix : 9 fr. 35 (7 shill. 6 pence).

Un vieil ouvrage sur l'odontologie.

Nous avons vu entre les mains de notre ami Aguilar un ouvrage portant le millésime de 1557 et intitulé *Coloquio breve y compendioso sobre la materia de la Dentadura y Cara,* par Francisco Martinez (Entretien bref et succinct sur la question de la dentition et du visage).



NOUVELLES

Congrès d'Angers.

Nous publierons le mois prochain une première liste d'adhérents au Congrès de l'Association française pour l'Avancement des sciences et celle des communications annoncées.

Déjà nous pouvons dire que la ville d'Angers se prépare à recevoir dignement les congressistes. Plusieurs excursions sont projetées, telles que : visite à Saint-Georges-sur-Loire et châteaux voisins, une seconde à Château-Gontier par chemin de fer et retour à Angers par bateau à vapeur sur la Mayenne, puis fête à Saumur où un carrousel militaire sera organisé en l'honneur des membres de l'A. F. A. S. et une réception par le D[r] Peton, maire et la municipalité.

Nous publierons bientôt les décisions officielles, ainsi que les renseignements que nous fournira l'A. F. A. S. pour les hôtels, chemins de fer, etc.

L. D.

Palmes académiques.

Dimanche 17 mai a eu lieu à la mairie du III[e] arrondissement, sous la présidence de M. Valat, délégué du ministre du Commerce, la distribution annuelle des récompenses aux élèves du laboratoire de Bourbouze. A cette occasion M. Ledoux, attaché à cette fondation et chef des travaux pratiques de bactériologie à l'École dentaire de Paris, a reçu des mains de M. d'Ardennes de Tizac, délégué du ministre de l'Instruction publique les palmes d'officier d'Académie.

Nous adressons à notre dévoué collaborateur nos bien sincères félicitations.

M. R. Fontenelle, chirurgien-dentiste à Vouziers, a reçu également les palmes académiques lors du concours du Cercle agricole du Chesne (Ardennes), le 24 mai.

Nous lui adressons aussi nos félicitations.

E. P.

Société coopérative des Dentistes de France.

L'Assemblée générale de la Société coopérative s'est réunie le 6 avril dernier et a approuvé à l'unanimité le rapport du commissaire des comptes, le bilan et le rapport du Conseil d'administration.

L'assemblée générale a décidé l'attribution de l'intérêt statutaire de 4 0/0 aux actions à compter du 1er mai 1902. En outre il sera fait une répartition de bénéfices à tous les sociétaires acheteurs dans le cours du deuxième semestre 1902.

Enfin l'assemblée générale, sur la proposition du Conseil d'administration, a décidé l'augmentation du capital social en le portant de 20.000 à 30.000 francs par la création de cent actions nouvelles de 100 francs émises à 100 fr. 10 (100 francs de capital et 0 fr. 10 de fonds légal de réserve). Le quart, soit 25 fr. 10 sera seul appelé immédiatement.

Cette augmentation est rendue nécessaire par le développement pris par les affaires de la Société et par les demandes d'actions qu'il devient impossible de satisfaire.

La souscription pour les actions nouvelles sera ouverte du 14 au 26 mai courant.

Pour toutes les demandes de souscription ou de renseignements s'adresser au président de la Société coopérative des Dentistes de France, 45, rue de La Tour-d'Auvergne à Paris-9e.

Rappelons que, pour faire partie de la Coopérative, il suffit d'exercer la profession de dentiste et d'être membre de l'Association générale des Dentistes de France.

Après le 26 mai, clôture de la souscription, les demandes pourront continuer à être adressées à M. le Président de la Société coopérative, qui s'efforcera de trouver des souscripteurs de plusieurs titres consentant, dans l'intérêt commun, à retrocéder, par voie de transfert, une de leurs actions au prix d'émission.

Assemblée générale annuelle de la British Dental Association.

L'assemblée générale annuelle de la British Dental Association aura lieu à Brighton les 18, 19 et 20 juin prochain.

Le programme comprend des communications, des démonstrations et une exposition de fournisseurs.

Quelques-uns de nos confrères français se proposent de s'y rendre, nous sommes assurés dès à présent qu'ils y seront bien reçus.

Découverte archéologique.

On a découvert dans le Gers, sur un coteau de Castet-Miellan, deux énormes mâchoires munies de dents couvertes d'un émail épais et une défense mesurant un mètre vingt. Ces débris auraient appartenu à un dinotherium giganteum, mammifère de l'époque miocène.

23e ANNÉE. N° 10 30 MAI 1903 VOL. XXIX



L'Odontologie **est une TRIBUNE LIBRE, où toutes les opinions peuvent se produire ; les signataires gardent l'entière responsabilité de leurs appréciations.**

LE XIVe CONGRÈS INTERNATIONAL DE MÉDECINE

Compte rendu de la Section d'Odontologie.

Nous publions ci-après plusieurs communications que nous avons rapportées du Congrès de Madrid et que nous ne voulons pas tarder plus longtemps à mettre sous les yeux de nos lecteurs.

La communication de M. le Dr Zsigmondy, de Vienne, sur la genèse des fissures intercuspidiennes, nous paraît de nature à les intéresser vivement et nous ne doutons pas qu'elle n'obtienne auprès d'eux le même succès qu'à Madrid. Notre confrère, qui est un histologiste bien connu par ses remarquables travaux, avait joint à son travail une série de coupes microscopiques permettant de constater de visu les différentes formes de fissures décrites dans sa communication. Nous sommes heureux de donner à nos lecteurs la primeur de cette importante contribution à l'étude de la structure anatomique des dents.

Les communications de notre distingué confrère le Dr Pont, directeur de l'Ecole dentaire de Lyon, traitent des sujets différents. Elles ont été accueillies avec faveur par le Congrès. La communication sur la prothèse chirurgicale au moyen des injections de paraffine nous met à même d'apprécier les bons résultats obtenus avec cette méthode, alors que les appareils prothétiques redresseurs avaient échoué. Ses considérations sur la prothèse restauratrice du maxillaire supérieur avec la description de son appareil nous prouvent qu'il a été à bonne école pour étudier la prothèse et que l'ancien élève de Claude Martin se propose de marcher sur les traces de son maître.

Enfin sa communication sur un cas d'hypertrophie primitive de la pulpe dentaire nous révèle une fois de plus ses qualités de clinicien.

Nous continuerons notre compte rendu dans le prochain numéro par l'étude des rapports présentés au Congrès et nous publierons ensuite la communication très complète et très étudiée de M. Paul Guye sur la radiologie dentaire.

P. Martinier.

SUR LA GENÈSE DES FISSURES INTERCUSPIDIENNES SUR LA FACE TRITURANTE DES PRÉMOLAIRES ET DES MOLAIRES

Par M. le Dr ZSIGMONDY, de Vienne.

(Communication au Congrès de Madrid.)

On sait que la couche d'émail qui recouvre les dents prémolaires et molaires présente souvent des fissures dans les dépressions entre les proéminences cuspidiennes. Un auteur français, de la Hire, l'a déjà observé à la fin du XVIIe siècle et, depuis cette époque, toutes les publications traitant de la localisation de la carie des dents ont admis que la couche d'émail des dents multicuspidiennes est fréquemment mal développée en cet endroit et défectueuse.

Les recherches dont je voudrais essayer de vous soumettre le résultat avaient pour but d'étudier si la structure anatomique de la couche d'émail recouvrant la face triturante de prémolaires et de molaires ne pouvait nous donner certains éclaircissements sur la théorie du travail produisant la fissure.

J'ai choisi spécialement les prémolaires de la mâchoire supérieure, parce que ce sont les plus simples des multicuspidées. Je les ai coupées dans le sens de la longueur, perpendiculairement au sillon.

J'ai remarqué que les fissures sont très fréquentes, car, sur cinquante prémolaires supérieures parfaitement saines, un cinquième seulement en était dépourvu. Toutes les autres ont présenté dans l'émail des fissures plus ou moins profondes descendant dans le plus grand nombre presque aux confins de la dentine et mesurant parfois 1.5 mm. de longueur. J'ai toujours constaté l'existence d'une couche d'émail, quoique très mince quelquefois, au fond de la fissure et n'ai jamais vu que la dentine fut mise à nu, comme l'ont observé certains auteurs.

La fissure varie dans sa largeur comme dans sa longueur; en général, elle est très mince, à peine visible à l'œil nu, de

sorte que nos stylets les plus effilés y pénètrent à peine. Leur largeur moyenne varie entre 24 et 44 millièmes de millimètre. Le diamètre de ces fissures est parfois plus grand vers la surface dentinaire qu'à l'orifice ; parfois aussi le cul-de-sac a un diamètre double ou triple de celui qu'accuse la partie avoisinant le collet de la fissure. *Tomes* et *Magitot* l'ont déjà constaté. J'y reviendrai.

La fissure, à cause de sa ténuité, n'est visible dans la majorité des cas que lorsque la coupe la prend verticalement ; la prend-elle de biais, elle est invisible. C'est pour cela qu'il est fort difficile d'observer les fines fissures correspondant aux ramifications des sillons principaux sur les prémolaires et les molaires.

Par quel travail se produisent ces fissures ? Avant de répondre à cette question, il est bon de rappeler quelques faits de la genèse de l'émail. Prenons le moment où le germe de l'émail a déjà produit les différentes couches caractéristiques. La face dentinaire de l'organe de l'émail présente alors une rangée continue de cellules cylindriques (membrane adamantine). L'émail se développe sous cette couche sur la surface de la dentine que les odontoblastes ont déjà formée. D'abord apparaît au sommet le plus élevé de la couronne une mince couche d'émail adhérant fortement à la surface de la dentine. De cette couche, d'autres se forment, débordant toujours les précédentes et en recouvrant toujours les parois, c'est presque une série de calottes toujours plus grandes s'entassant les unes sur les autres. Dès que la couche d'émail a atteint une épaisseur suffisante sur le sommet, les améloblastes entrent en activité dans les parties inférieures et le chapeau d'émail se termine vers la racine en une bordure acérée.

Dans le cas qui nous intéresse, les dents multicuspidées, la dentine et l'émail se développent isolément sur les différentes éminences de la couronne — autant de tubercules, autant de places, où la calcification commence. Sur les prémolaires de la mâchoire supérieure, des chapeaux d'émail formés isolément sur les deux cuspides grandissent et devraient

s'unir sur leurs bords. Cela se fait dans la partie médiane et distale de la couronne, sans que les tissus mous de la partie médiane de la surface triturante aient disparu, car les odonblastes et les améloblastes n'y ont encore formé ni la dentine, ni l'émail. C'est seulement après que la couche d'émail des sommets de la couronne s'est tout à fait développée que les cellules de la membrane de l'émail commencent à former l'émail au fond des sillons.

Le travail continue, le sillon primitivement large se rétrécit, les améloblastes et la couche intermédiaire d'une des cuspides se rapprochent de la couche intermédiaire et des améloblastes de l'autre cuspide, mais ce travail se fait plus rapidement à la partie supérieure qu'au fond du sillon. Le tissu gélatineux constitutif du germe de l'émail qui remplissait le sillon disparaît donc peu à peu ; et il résulte de cette disparition que les améloblastes du fond du sillon tirant de moins en moins leur subsistance du tissu gélatineux finissent par s'atrophier, la communication avec ce tissu se trouvant supprimée par le mécanisme que nous venons d'indiquer. C'est à ce moment que se forme le cul-de-sac de la fissure.

Les améloblastes formant les parois de la fissure restant dans des conditions normales continuent à s'alimenter et à assimiler les matériaux nécessaires à la formation des prismes ; ces derniers, s'allongeant toujours, produisent l'étranglement constaté à l'orifice de la fissure.

C'est de la forme de l'assise de dentine devant recevoir l'émail que dépend la fissure. Celle-ci sera profonde si la distance entre les cuspides est faible, si le sillon est fortement marqué et si les parois opposées se recouvrent rapidement. Par contre, elle ne se produira pas ou sera très réduite là où les cuspides sont écartées, le sillon peu marqué et où les parois se recouvrent lentement. En d'autres termes, plus l'angle entre les deux parois sera aigu, plus on trouvera des fissures profondes ; au contraire, plus l'angle sera obtus, moins les fissures seront grandes. Quand cet angle intercuspidien est nul, on ne trouve pas trace de fissure. Si

dans ces cas il s'en rencontre par exception, on peut constater (par les lignes de *Retzius*, « incremental lines) que leur développement est dû à la rapidité avec laquelle la couche d'émail s'est épaissie sur les pentes des tubercules sans laisser au fond le temps de former les prismes.

Planche I



PROTHÈSE CHIRURGICALE AU MOYEN DES INJECTIONS DE PARAFFINE

Par M. le Dr Pont, de Lyon.

(Communication au Congrès de Madrid.)

Avant la découverte de Gersuny, nous étions tous souvent très embarrassés, lorsqu'il se présentait un cas d'ensellure du nez, surtout lorsque ces nez en lorgnette, comme les appelle M. Fournier, présentaient une déformation aussi grande que celle que vous voyez ici.

Ce moulage que j'ai l'honneur de vous montrer appartient à un enfant de 9 ans qui me fut amené à la clinique dentaire du dispensaire général.

Cet enfant était nettement hérédo-syphilitique, ainsi que nous avons pu nous en assurer par l'interrogatoire des parents. La mère a eu une fausse couche, et deux enfants dont une petite fille morte à 4 ans de tuberculose pulmonaire, d'après ce que nous raconte l'entourage.

Comme antécédents personnels, nous n'avons à signaler aucune maladie sérieuse dans l'enfance. On nous dit que l'ensellure du nez est consécutive à une chute que l'enfant fit à 18 mois. L'état général de cet enfant est bon, il est toutefois un peu petit pour son âge, et son facies a un aspect vieillot. La voûte palatine est ogivale, et les incisives présentent l'érosion classique décrite par Hutchinson. Les voies lacrymales paraissent être obstruées, et il y a un peu de suppuration du côté gauche de l'œil droit.

On avait essayé de faire porter à ce petit malade des appareils redresseurs du nez, mais le résultat fut négatif ; aussi les injections de paraffine me parurent-elles être la seule méthode applicable.

Après avoir fait l'antisepsie soigneuse de la région nasale, j'injectai, sans faire d'anesthésie préalable, environ deux centimètres cubes de paraffine que j'avais fait mélanger avec de la vaseline de façon à posséder un corps liquéfiable

à la température de 50 degrés. Le résultat fut tel que vous pouvez en juger d'après ce moulage de la face.

Le lendemain et le surlendemain de l'opération, il y eut une légère réaction, on constata un peu de gonflement à la racine du nez, et dans la région avoisinante, mais pas de fièvre, pas de vomissements; cinq à six jours après l'opération, tout était rentré dans l'ordre, et l'enfant se déclarait très satisfait de son esthétique.

J'ai cru bon, au sujet de cette observation, de vous faire quelques réflexions et une sorte d'exposé général de cette nouvelle méthode de prothèse chirurgicale. Je crois que notre spécialité pourra en retirer de grands bénéfices, et que, dans certains cas, nous pourrons nous dispenser de faire porter à nos malades des appareils plus ou moins encombrants, tout en ayant des résultats plus rapides.

Krammer, de Cincinati, injecta le premier une solution de quatre parties d'agar-agar pour 100 parties d'eau salée. Il injecta ce mélange à 42 degrés : la masse se solidifiait assez rapidement et était traversée au bout d'un certain temps par des travées de tissus conjonctifs.

Mais cette méthode fut abandonnée, et c'est à Gersuny, de Vienne, que revient tout le mérite de la découverte. Il publia en 1900 dans le *Centralblatt fur Gynäecologie* et dans la *Semaine médicale* un article intitulé : Prothèse chirurgicale réalisée au moyen d'injections de vaseline dans les tissus.

Delangre, de Tournai, publia quelque temps après un travail identique dans le *Bulletin de l'Académie royale de médecine de Belgique*.

L'enthousiasme du début fut cependant un peu ralenti par deux cas malheureux compliqués d'embolie pulmonaire, observée par Pfannenstiel, de Breslau, et Stalbaz, de Vienne. Mais Eckstein modifia, comme nous le verrons, la méthode de Gersuny, et de nombreux travaux consécutifs, appuyés par les résultats obtenus, permirent de mieux juger la question.

Nous citerons rapidement les auteurs suivants : Kapsam-

mer, qui traita par ce procédé trois cas d'incontinence d'urine. Rohmer, de Nancy, et Dianoud, de Vienne, se servirent de cette méthode en prothèse oculaire. Enfin Moszkonig, élève de Gersuny, publia en 1901 les résultats et la technique de son maître.

Puis parurent les observations de Wolf, Mayer, von Bergman, Witzel Juekuff, Sten, Eckstein, Matzanner, Rust, Brokaert de Gand.

On signale aussi en Angleterre les travaux de Watson, Clark, Léonard Hill, Lake, etc., aux États-Unis, ceux de Rupert, Parker, Harmond, Smith, en France, ceux de Jaboulay, Moure, Lermoyez. MM. Choussaud, élève de la Faculté de Bordeaux et Lagarde de la Faculté de Paris, en firent le sujet de leur thèse.

Nous nous sommes servi beaucoup de cette dernière pour les recherches historiques et l'étude de la question.

Gersuny employait un mélange de paraffine solide et de paraffine liquide; ce produit, assez analogue à la vaseline, fondait vers 38 ou 40 degrés. Mais la vaseline présente plusieurs inconvénients: elle émigre facilement, car son point de fusion est très bas, et peut occasionner des embolies; enfin, on constate, au bout d'un certain temps, une légère résorption de la masse. C'est pourquoi Eckstein emploie la paraffine pure, faiblement grasse au toucher, et fondant aux environs de 60°. En raison de ce point de fusion élevé, ce corps se solidifie pour ainsi dire immédiatement en arrivant dans l'organisme, de sorte que l'on a pas à craindre l'embolie ou l'immigration à distance: il s'opère un véritable encastrement de la matière injectée. On constate bien, assez souvent, après l'injection une légère réaction et un peu d'œdème dû à la compression des vaisseaux lymphatiques, mais ces accidents sont passagers et de minime importance. Quand aux autres accidents, tels que brûlure et infection, ils seront facilement évités si l'on ne commet pas de faute opératoire et si l'on prend toutes les précautions antiseptiques voulues.

Je n'insisterai pas sur la technique opératoire, qui est très

simple et qui ne diffère guère de celle d'une injection sous-cutanée quelconque.

Je crois que cette méthode de prothèse opératoire doit être connue, car nous pourrons l'utiliser dans de nombreux cas, tels que bec-de-lièvre, division du voile et du palais, fissures congénitales ou acquises, cicatrices déprimées ou difformités dans les cas de traumatismes, fistules d'origine dentaire, difformités congénitales ou acquises du nez, de l'oreille, des lèvres.

Je signalerai pour mémoire les indications suivantes qui sont du domaine de la chirurgie générale : prothèse testiculaire, incontinence d'urine, fistules génitales urinaires, amputation partielle ou totale du sein, hernies, etc.

Si j'ai donné à cette question, déjà vieille de trois ans, un développement aussi grand, ce n'est pas parce que j'espérais vous communiquer quelque chose de nouveau, mais parce que je crois qu'il était bon de l'étudier et de la discuter dans une assemblée de dentistes et de stomatologistes. Les appareils de prothèse restauratrice ne seront pas détrônés par les injections de paraffine, mais dans certains cas ils pourront être avantageusement remplacés par cette méthode, et je crois également que dans les fissures palatines, par exemple, les deux méthodes pourront être indiquées en même temps et se complèter mutuellement.

Il y a là un nouveau champ d'expériences et de recherches que nous ne devons pas négliger.

CONSIDÉRATIONS GÉNÉRALES SUR LA PROTHÈSE RESTAURATRICE DU MAXILLAIRE SUPÉRIEUR. PRÉSENTATION D'UN APPAREIL NOUVEAU

Par M. le Dr Pont, de Lyon.

(Communication au Congrès de Madrid.)

La prothèse immédiate du maxillaire supérieur, contrairement à celle du maxillaire inférieur, semble être de plus en plus abandonnée.

Ce n'est pas que la construction de ces appareils soit plus difficile, mais il semble que les résultats obtenus soient pour ainsi dire insignifiants. En effet, dans le cas de résection du maxillaire inférieur non accompagnée de prothèse immédiate, il survient des déformations quelquefois très longues et très difficiles à corriger, tandis que dans les cas de résection du maxillaire supérieur, qu'il nous a été donné d'observer ces dernières années, les déformations sont assez peu prononcées, et dans tous les cas, facilement évitées au moyen de la prothèse médiate.

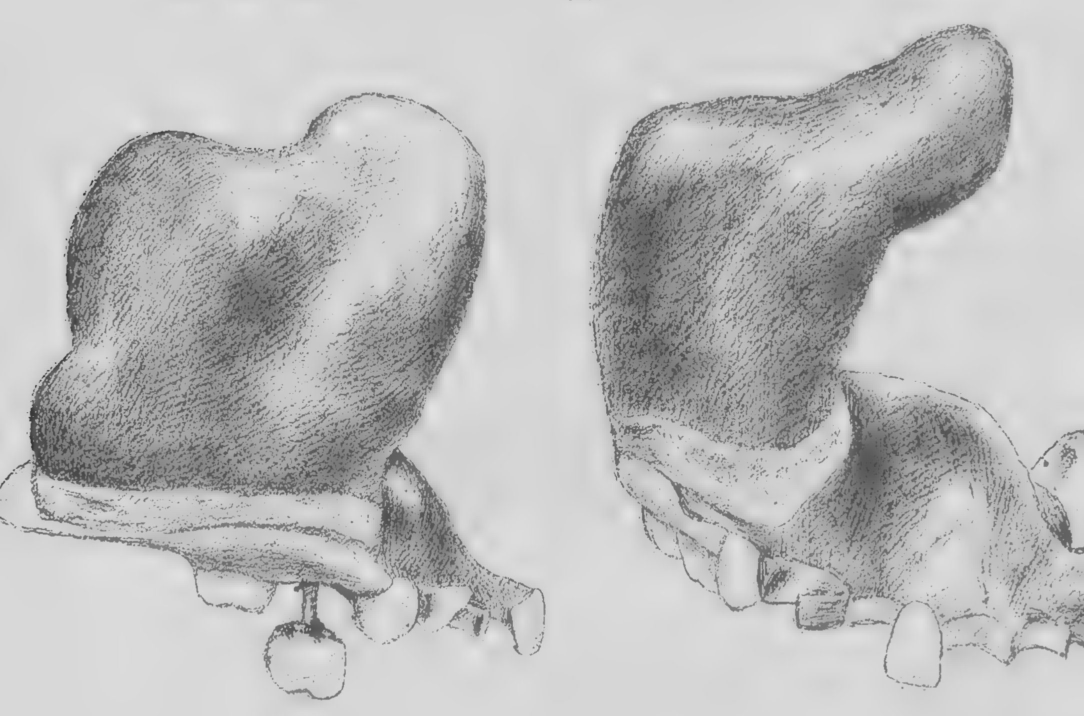
Pour le maxillaire inférieur, il est préférable, lorsque cela est possible, et qu'il n'y a pas de contre-indications, de poser l'appareil de prothèse immédiatement après l'opération ; il faut en somme agir comme le conseille notre excellent confrère, le docteur Martin de Lyon, et c'est encore, à notre avis l'appareil de cet auteur qui présente le plus d'avantages.

Dans la prothèse du maxillaire supérieur, l'appareil peut être posé sans inconvénients, dans les sept ou huit jours qui suivent l'opération, à condition de faire chaque jour un tamponnement un peu serré au moyen de la gaze stérilisée ou salolée.

Nous ne décrirons pas les divers appareils qui ont été inventés au sujet de la prothèse du maxillaire supérieur. L'appareil que je vous présente et que je vais vous décrire n'a pas la prétention d'être supérieur aux autres ni de les remplacer ; cependant, comme il nous a rendu des services

dans certains cas, et que sa construction est assez facile, j'ai cru utile de vous le faire connaître.

Cet appareil se compose d'une plaque palatine en caoutchouc dur vulcanisé qui supporte les dents artificielles et qui rappelle absolument un dentier ordinaire. Cette plaque est surmontée d'une poche en caoutchouc mou se rapprochant le plus nettement possible de la forme du maxillaire ou de la portion élevée. Un tube en or, noyé dans la plaque dure, fait communiquer cette poche avec l'extérieur. L'extrémité interne du tube est obturée par une valve en caoutchouc, et l'extrémité extérieure par un pivot qui supporte une des dents de l'appareil.



Lorsque le patient veut introduire son appareil, il n'a qu'à chasser l'air de la poche. Cette dernière s'aplatit ainsi très facilement, et l'appareil n'est alors guère plus épais qu'un dentier ordinaire. Une fois l'appareil en place, le patient,au moyen d'une petite pompe ou d'une poire à air, refoule l'air dans la poche qui se gonfle et devient très dure.

Cet appareil, nous le répétons, n'a pas la prétention de remplacer tous les autres appareils de ce genre; nous croyons cependant que dans certains cas, il présentera sur eux certains avantages,

Nous avons eu l'occasion de le construire pour deux malades auxquels on avait réséqué, à l'un tout le maxillaire supérieur, à l'autre une grande partie de ce même os. Dans les deux cas, l'appareil a été bien supporté.

La rétention était parfaite, malgré le petit nombre et le petit volume des crochets posés sur les deux dents saines.

Un autre avantage de cet appareil, c'est sa légèreté assez appréciable, puisque celui que je vous présente pèse à peine 25 gr. Cependant, malgré cette légèreté, nous obtenons, par le gonflement de la poche, une résistance aussi grande qu'avec tout autre appareil.

Cette résistance est suffisante pour empêcher la formation de cicatrices vicieuses et les déformations du visage. Dans le cas où ces dernières se produiraient, lorsque, par exemple, comme cela arrive le plus souvent, la paupière inférieure est attirée en bas par suite de la rétraction cicatricielle, cet appareil pourra encore nous rendre des services.

Si l'on constate que la pression de la poche est insuffisante au niveau de la bride cutanée, on pourra agir de deux façons différentes : soit en augmentant le volume de la poche vers la partie qu'il s'agit de refouler, soit, tout simplement, en diminuant l'épaisseur du caoutchouc dans cette région. Par ce dernier moyen, il se produira, lorsque le malade gonflera son appareil, une sorte de hernie qui viendra comprimer les tissus rétractés.

En somme cet appareil nous paraît présenter les avantages suivants : simplicité et facilité de construction, moyen de contention assez puissant, légèreté, résistance et traitement possible des cicatrices vicieuses.

A PROPOS D'UN CAS D'HYPERTROPHIE PRIMITIVE DE LA PULPE DENTAIRE

Par M. le Dr Pont, de Lyon.

(Communication au Congrès de Madrid.)

J'ai eu l'occasion d'observer un malade atteint d'une lésion de la pulpe dentaire, lésion très rare, unique peut-être, et qui, pour cette raison, mérite, je crois, d'être rapportée ici.

J'ai déjà publié cette observation dans *L'Odontologie* et dans le *Dental Cosmos* de l'année dernière ; aussi, je me contenterai de la relater, en la complétant cependant par l'exposé de l'examen anatomo-pathologique de la lésion pulpaire.

Le malade, M. X..., ingénieur, âgé de 35 ans, ne présente rien de spécial à signaler dans ses antécédents héréditaires ou personnels. C'est un homme fort, vigoureux, qui n'est ni rhumatisant, ni syphilitique ; sa dentition, dont il a grand soin, est bonne et son articulation dentaire normale.

M. X... vint me trouver, il y a environ douze à treize mois, pour me montrer une dent qui lui occasionnait des douleurs assez fréquentes et assez vives. Cette dent, la deuxième prémolaire supérieure droite, n'était douloureuse ni à la pression ni à la percussion et ne présentait aucune trace de carie. Un examen attentif des dents voisines et de toutes les dents en général, ainsi que l'éclairage du sinus, ne m'ayant rien révélé, je me contentai de faire quelques pointes de feu et de prescrire au malade un traitement anodin, lui recommandant de venir me voir ultérieurement si les phénomènes douloureux persistaient.

Trois semaines après, M. X... revint, disant qu'après quelques jours de soulagement les souffrances étaient revenues, et qu'à l'heure actuelle elles devenaient plus fréquentes et plus intenses. J'examinai de nouveau la dent incriminée : l'inspection très minutieuse, faite même à la loupe, ne me révéla pas la moindre trace de carie, la percussion était un peu sensible et la dent ne donnait pas le

même son que les voisines ; sa coloration aussi n'était plus la même : elle était un peu plus rougeâtre que les autres dents, alors que celles-ci se rapprochaient de la teinte rouge violacée du numéro 40. D'ailleurs cette coloration rouge était encore plus manifeste en plaçant une petite lampe électrique dans la bouche et en examinant la dent par transparence.

Ne pouvant rester dans l'expectative, je résolus de trépaner la dent, pensant qu'il s'agissait d'une pulpite de cause interne, et attribuant la coloration rouge à une hémorragie pulpaire. Mais à peine avais-je commencé à fraiser l'émail que la face triturante se brisa presque tout entière, et je constatai que la couronne était constituée complètement par une masse charnue peu douloureuse. Cette masse occupait non seulement toute la chambre pulpaire, mais avait remplacé également toute la dentine, et n'était plus recouverte que par l'émail. Je fis alors la résection de cette sorte de tumeur, je nettoyai les canaux radiculaires, et je fis une obturation au ciment, proposant de mettre une couronne Logan, que je ne voulais pas cependant placer immédiatement, de peur d'une récidive.

Depuis cette époque, j'ai revu deux ou trois fois ce malade. La racine n'est pas du tout sensible, la gencive environnante est normale et, dans quelque temps, j'espère pouvoir lui mettre une couronne artificielle.

Voici maintenant le résultat de l'examen histologique de cette pièce fait par le Dr Charvet, préparateur d'anatomie pathologique à la Faculté de Lyon.

« La pièce à examiner n'a nullement le caractère d'une » tumeur ; sur les coupes colorées au picro-carmin, on » trouve des traces de travées scléreuses, et dans tous les » points des nappes inflammatoires ; ailleurs, enfin, des » hémorragies interstitielles plus ou moins étendues. Nulle » part il n'y a de masse néoplasique ou pouvant y faire » songer. Il semble s'agir d'un bourgeon charnu inflamma» toire en voie d'organisation scléreuse. »

En somme, il ne s'agit pas, d'après l'examen histolo-

gique, d'une tumeur maligne de la pulpe, mais on peut dire cependant, qu'il s'agit d'une prolifération de cet organe. La pulpe est hypertrophiée et enflammée ; l'hypertrophie est primitive et l'inflammation secondaire. Nous sommes en présence d'une néoformation bénigne, qui serait vis-à-vis de la pulpe dentaire ce que sont les adénomes, par exemple, vis-à-vis des organes glandulaires.

Ce qu'il y a de remarquable dans cette observation, c'est que la pulpe, en dehors de son augmentation de volume, a non seulement perdu le pouvoir de fabriquer de la dentine secondaire, mais, au contraire, a totalement détruit l'ivoire. Cette inversion des pouvoirs de la pulpe ferait pencher en faveur du diagnostic de tumeur, car on sait que la résorption osseuse est fréquente dans certains néoplasmes comme les ostéo-sarcomes, par exemple. On observe bien dans certains anévrismes la destruction des os ; dans l'anévrisme de l'aorte, il n'est pas rare de voir la disparition d'une partie du sternum, et l'anévrisme vient faire saillie sous la peau. Mais alors, il s'agit plutôt d'usure que de résorption, et d'ailleurs, l'examen de cette pulpe ne révélait pas la moindre dilatation artérielle.

De sorte que nous pouvons résumer ce cas en disant que ce malade était porteur d'une hypertrophie de la pulpe dentaire ayant amené une résorption totale de la dentine, la dent étant indemne de carie.

Cette hypertrophie n'a rien de commun avec ce qu'ont décrit les auteurs classiques sous le nom de tumeur de la pulpe ; ces tumeurs surviennent à la suite d'une pulpite chronique hypertrophique et sont consécutives à la carie dentaire. Ici au contraire, je le répète, la dent malade ne présentait aucune trace de carie. J'ai cherché dans nos journaux professionnels et je n'ai pas trouvé d'observation semblable et je serais très heureux si quelqu'un d'entre vous pouvait m'en signaler une autre.



Travaux Originaux

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DE LA CLASSIFICATION DE LA CARIE DENTAIRE

Par M. Rodolphe Chapot-Prévost,
Professeur à l'École libre d'Odontologie de Rio-Janeiro.

(Suite)

Le moment est venu pour nous de considérer la dernière des critiques reçue par nous et signée par notre collègue Sébastien Jordaô.

Notre collègue observe, en commençant, le manque de citations quand nous alléguons que quelques auteurs admettent l'affection de la pulpe quand elle est occasionnée par la carie dentaire comme un degré de cette affection.

Il est vrai que c'est une lacune de notre modeste travail, mais notre collègue n'aura, nous le croyons, rien perdu par la manifestation de son sentiment, car, nous allons citer les auteurs auxquels nous avons fait allusion et nous en citons beaucoup, rendant justice à notre collègue qui a assez de talent pour ne pas admettre de théories absurdes. Non seulement nous ne les admettons pas, mais nous avons été au delà en les combattant, parce que, plus heureux que ce collègue, nous les avons rencontrées.

Paul Lefort dans son *Manuel du médecin praticien, La pratique des maladies de la bouche et des dents dans les hôpitaux de Paris,* dit à la page 92, citant l'opinion de Viau :

> *Carie du troisième degré.* — Il y a mortification, gangrène et décomposition de la pulpe.

Dans le *Manuel du chirurgien-dentiste,* publié sous la direction de Ch. Godon, directeur de l'Ecole dentaire de

Paris, *Clinique dentaire et dentisterie opératoire*, par Ch. Godon, nous lisons à la page 157 :

Article IV. — *Carie dentaire du troisième degré.* — Le traitement de la carie dentaire du troisième degré comprend le traitement des trois premières classes des maladies de la pulpe.

Classification des maladies de la pulpe :

1° Caries avec inflammation subaiguë de la pulpe ;

2° Caries avec inflammation aiguë de la pulpe ;

3° Caries avec inflammation pulpaire chronique avec atrophie (dégénérescence calcique, dégénérescence graisseuse) avec hypertrophie (tumeur de la pulpe).

Il est clair que si Godon a considéré le traitement des maladies de la pulpe comme le traitement de la carie, ainsi que nous venons de le voir, il devra nécessairement considérer les affections de la pulpe comme faisant partie de la carie, c'est-à-dire comme constituant une seule entité morbide.

Plus loin, c'est-à-dire à la page 173, la confusion est plus flagrante, puisqu'il dit :

Article V. — *Carie dentaire du quatrième degré.* — Le traitement de la carie du quatrième degré est le traitement de la *dent morte* ou à pulpe morte, c'est-à-dire atteinte de gangrène pulpaire, des complications immédiates qu'elle produit, soit la périostite à ses divers degrés, et des désordres qui peuvent en résulter. Nous l'étudions dans l'ordre indiqué par la classificatian que nous avons adoptée.

Classification :

1° Caries du quatrième degré simples ; gangrène pulpaire sans périostite ;

2° Caries du quatrième degré compliquées : gangrène pulpaire avec périostite alvéolo-dentaire (Vient ensuite le tableau de la classification des périostites qu'il serait oiseux de reproduire) ;

3° Complications diverses de la carie du quatrième degré avec périostite alvéolo-dentaire (Vient ensuite le tableau respectif).

Par cette citation nous voyons que Godon considère les affections de la membrane péridentaire comme des complications de la carie et ne considère pas la gangrène de la pulpe comme une complication; donc il considère la gangrène de la pulpe comme une affection principale, c'est-à-dire, comme une carie.

Contester cet argument est inutile.

En feuilletant le même *Manuel*, nous voyons dans le vo-

lume intitulé *Pathologie des dents et de la bouche,* par le Dr Léon Frey, à la page 26 :

III. — *Carie du troisième degré. Définition.* — La carie du troisième degré est une carie pénétrante, la pulpe se trouve atteinte, mais elle est encore vivante soit dans sa totalité (carie du troisième degré au début), soit partiellement (carie du troisième degré avancée), soit dans ses dépendances : canaux dentaires (carie du troisième degré à la fin [1]).

Cette citation dispense de plus amples commentaires.

A la page 7 le même auteur dit :

IV. — *Carie du quatrième degré. Définition.* — La carie du quatrième degré est celle dans laquelle la pulpe totalement mortifiée se trouve dans un état d'infection dont le degré est très variable.

Nous allons d'abord étudier la carie du quatrième degré sans retentissement sur le voisinage. Avec la périostite, nous commencerons l'étude des complications.

Cette citation dispense aussi de tout commentaire.

Viau, à la page 85 de son *Formulaire pratique pour les maladies de la bouche et des dents,* dit :

Envisagée dans son ensemble, la carie dentaire ne représente en réalité que deux divisions distinctes : la carie simple, n'atteignant pas la cavité pulpaire et la carie compliquée, s'étendant jusqu'à l'organe central en déterminant son inflammation.

Cette division a été légèrement modifiée à l'École dentaire de Paris. En s'appuyant sur des phénomènes anatomo-pathologiques on a créé les subdivisions suivantes :

1° Carie du premier degré, n'atteignant que l'émail de la dent après disparition de la cuticule de Nasmyth ;

2° Carie du second degré, atteignant l'émail et la dentine, mais laissant une couche mince de substance dentinaire protégeant la pulpe ;

3° Carie du troisième degré, allant jusqu'à la pulpe, laquelle sous l'influence de l'irritation incessante, s'enflamme ou dégénère ;

4° Carie du quatrième degré avec destruction et décomposition complète de l'organe central de la dent.

A la page 96, le même auteur dit :

Quatrième degré. — La mortification, la gangrène et la décomposition de la pulpe sont les phénomènes principaux de la carie du quatrième degré.

---

1. *Note de l'auteur.* — Nous pouvons donc spécifier immédiatement que, sous le nom de carie du quatrième degré, nous n'entendrons que la carie dans laquelle la pulpe est totalement mortifiée.

En ce cas nous dirions, si nous acceptions les quatre degrés de carie :

Quatrième degré. — Les phénomènes principaux de ce degré de carie sont la désorganisation de la dentine des parois de la couche pulpaire et des canaux radiculaires compliqués avec la mortification, la gangrène et la décomposition de la pulpe. Il nous semble qu'ainsi s'expliquerait mieux la marche de l'affection, même parce que Lefert ne serait pas autorisé à dire ce qu'il dit en citant cet auteur.

Paul Dubois, dans son *Aide-mémoire du chirurgien-dentiste,* première partie, dit à la page 58 :

Classification. — . . . . et à l'Ecole dentaire de Paris on a adopté la classification de Magitot, en y ajoutant un degré, afin de distinguer les dents à pulpe malade, des dents à pulpe mortifiée.

Nous étudierons la carie dentaire en quatre divisions ou degrés :

1° Altération de l'émail ;

2° Altération dépassant l'émail et atteignant l'ivoire, mais laissant la pulpe protégée ;

3° Carie perforante atteignant la pulpe qui est à nu, ou recouverte par de l'ivoire ramolli ; quoique cela, elle garde encore une vitalité amoindrie ;

4° La pulpe est détruite et décomposée dans la chambre pulpaire, ainsi que dans les canaux dentaires.

Cette classification comprend donc deux grandes catégories :

1° Carie de l'émail et de la dentine sans maladie pulpaire ou carie non pénétrante ;

2° Maladie et nécrose de la pulpe, ou carie pénétrante.

Le critique de notre travail veut-il plus de preuves à l'appui de notre thèse ? Ne trouve-t-il pas que l'affirmation formulée par nous est parfaitement fondée ?

Aussi, pour que nous ne soyons plus accusé d'oubli, nous allons fournir d'autres citations.

Le Dr Louis Nux, dans son important travail intitulé *Manuel pratique de dentisterie opératoire,* dit à la page 41 et 42 :

Disons tout d'abord qu'on a divisé les caries en trois degrés, suivant la constitution anatomique de la dent :

1° Carie du premier degré intéressant *l'émail ;*

2° Carie du deuxième degré intéressant *la dentine ;*

3° Carie du troisième degré intéressant *la pulpe*.

Nous nous en tiendrons à cette classification, qui est la plus simple, tout en subdivisant chaque degré suivant le besoin, au lieu d'en faire des degrés distincts, comme l'ont fait certains auteurs.

Voici le tableau :

Division des caries.

Carie du 1er degré. .	Émail.	
Carie du 2e degré (intéressant la dentine).	Carie superficielle de la dentine.	
	Carie profonde, n'intéressant pas encore la pulpe, qui n'est séparée de la cavité que par une mince couche de dentine.	
Carie du 3e degré (pulpe)	Pulpe découverte.	Saine.
		Irritée.
		Hypertrophiée.
	Pulpe en suppuration.	
	Pulpe ayant complètement disparu.	
Complications. . . .	Périostite.	
	Abcès.	
	Fistule.	

Notons en passant que les dentistes désignent sous le nom de carie du quatrième degré une pulpe en suppuration ou absente, compliquée ou non de périostite.

Nous croyons qu'après cette citation notre collègue ne doute plus qu'il n'y ait un auteur qui considère l'affection de la pulpe comme un degré de carie. Ce qui est à regretter, c'est que ce collègue n'ait pas connaissances des ouvrages que nous venons de citer.

Considérez à présent l'opinion suivante qui se rapproche beaucoup de la nôtre.

Elle est du professeur Andrieu et elle est donnée dans son ouvrage intitulé *Traité de dentisterie opératoire* aux pages 21 et 22 :

La carie est aussi *non pénétrante* ou *pénétrante*, suivant qu'elle n'a pas atteint ou a atteint la chambre pulpaire ; enfin elle est, et nous insistons spécialement sur cette manière de l'envisager, *simple* ou *compliquée*, parce que c'est celle qui concorde le mieux avec les principes opératoires que nous avons adoptés et décrits dans ce livre.

Voici la classification des caries dentaires ainsi comprises [1] :

Carie simple.	Superficielle.	
	Profonde.	Dentine insensible.
		» sensible.

1. *Note de l'auteur.* — Le Dr Cruet, dans son excellent travail sur les caries

Carie compliquée.	Pulpe exposée.	Sans dénudation.
		Avec dénudation.
	Pulpe morte.	Désorganisée.
		En détritus.
		Détruite.
	Périostite alvéolo-dentaire.	Aiguë.
		Chronique.
		Abcès alvéolaire.

Persuadé d'avoir éclairci complètement ce point, continuons notre réplique analytique.

Notre critique dit :

Pour que la définition soit d'accord avec la théorie moderne, elle doit être un peu modifiée.

En pathologie elle doit, tout d'abord, déterminer la nature de l'affection ou de la maladie qu'elle décrit La plus parfaite est celle de Dubois qui, comme dit le professeur Dr Ernest Nascimento Silva, pour être acceptée, doit souffrir une légère modification ; au lieu d'une altération spéciale des tissus durs de la dent, comme dit cet auteur, nous pouvons déclarer actuellement que la carie dentaire est une altération suivie de destruction des tissus durs des dents de nature microbienne, commençant de la périphérie vers le centre et attaquant de préférence les dents constituées anormalement.

Notre collègue sait qu'il a été émis, à partir de la Renaissance, quatre théories sur la nature de la carie dentaire :

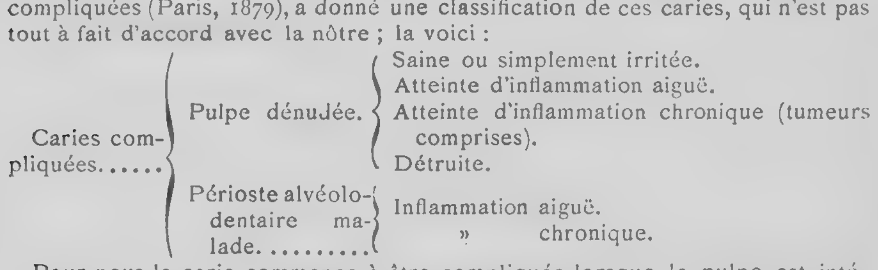
1° La théorie vitaliste défendue par Ambroise Paré, Fauchard, Jourdain, Hunter, Bell, Cuvier, Duval, Linderer, Meckel, Fox, etc. ;

2° La théorie chimique défendue par Parmly, Reignart, Tomes, Harris, Magitot, etc. ;

3° La théorie parasitaire découverte par Ficinus et défendue par Klenche, Leber et Rottenstein, etc. ;

---

compliquées (Paris, 1879), a donné une classification de ces caries, qui n'est pas tout à fait d'accord avec la nôtre ; la voici :



Caries compliquées......	Pulpe dénudée.	Saine ou simplement irritée.
		Atteinte d'inflammation aiguë.
		Atteinte d'inflammation chronique (tumeurs comprises).
		Détruite.
	Périoste alvéolo-dentaire malade.........	Inflammation aiguë.
		» chronique.

Pour nous la carie commence à être compliquée lorsque la pulpe est intéressée, sans pour cela qu'elle soit dénudée, et l'abcès alvéolaire est la complication ultime de la carie, la plus grave au point de vue de la conservation de la dent.

4° La théorie chimico-parasitaire présentée par Bouchard et Miller et généralement admise aujourd'hui même par des auteurs cités par notre collègue, c'est-à-dire la *Pathologie des dents*, par Frey.

Ainsi, il nous paraît que la définition admise ces derniers temps, qui se rapproche le plus de la nature de l'affection, est la suivante, à moins que ne prévalent les idées défendues par le Dr Pierre Robin, membre de la Société de Stomatologie de Paris, qui prétend faire revivre sur la nature de la carie dentaire la théorie de l'inflammation des tissus durs des dents.

Voici la définition qui nous paraît la plus raisonnable : la carie dentaire est une altération spéciale des tissus durs de la dent caractérisée par sa nature chimico-parasitaire, par sa progression de la périphérie vers le centre, par les complications du côté des tissus mous qui entrent dans sa structure, et se terminant par sa désintégration plus ou moins complète.

Notre critique dit :

Analysons maintenant les considérations de Thomson, relatées dans le travail de mon collègue. Il suffit que cet auteur considère la carie comme une maladie spécifique, pour que ses considérations ne puissent plus prévaloir sur notre esprit. J. Choquet a donné à son travail récent et très apprécié présenté au 3e Congrès dentaire international de Paris le titre de *Considérations sur quelques microbes de la carie dentaire.*

Il n'a donc pas osé définir et déterminer parfaitement et précisément l'élément infectieux, condition indispensable pour qu'une maladie ou affection soit considérée comme spécifique.

Thomson a eu le malheur de ne pas être compris par notre critique et voyons ce que dit cet auteur aux pages 181, 182, 183 et 184 de son livre déjà cité :

Classification. — La meilleure classification est celle de M. Magitot, que l'École dentaire de Paris a adoptée, en y ajoutant un degré afin de distinguer les dents à pulpe malade des dents à pulpe mortifiée. La voici :

1° *Carie du premier degré.* — Altération de l'émail ;

2° *Carie du deuxième degré.* — Altération dépassant l'émail et atteignant l'ivoire, mais laissant la pulpe protégée ;

3° *Carie du troisième degré.* — Carie perforante atteignant la pulpe qui est à nu ou recouverte d'ivoire ramolli ; quoique cela elle garde une vitalité amoindrie ;

4° *Carie du quatrième degré.* — La pulpe est détruite et décomposée dans la chambre pulpaire, ainsi que dans les canaux dentaires.

Cependant nous ne pouvons accepter cette classification comme entièrement satisfaisante, surtout en ce qui concerne la carie du quatrième degré, pour les raisons suivantes :

1° Parce que la mortification de la pulpe n'est pas nécessairement le résultat d'une carie.

Elle peut être spontanée, à la suite de traumatismes, pyorrhée alvéolaire, sénilité, et s'observe souvent sur des dents ne présentant aucune solution de continuité ;

2° Parce que si, dans les caries du premier et du deuxième degrés, la carie constitue à elle seule l'entité morbide, la lésion qu'il faut combattre et guérir, il n'en est plus de même lorsqu'il s'agit de la mortification de la pulpe et des accidents qu'elle peut provoquer, car, dans ce dernier cas, il ne s'agit plus d'arrêter le progrès d'une carie, mais plutôt de traiter et, si possible, guérir un état pathologique de la dent tout entière provoqué par cette carie.

La carie elle-même n'est donc plus l'*entité morbide,* mais seulement une *cause ayant provoqué* cette entité morbide ;

3° Parce que nous considérons la carie comme *une maladie dentaire spécifique et curable, dont le traitement ne comporte que deux ordres de moyens, ou bien la résection ou bien l'obturation.*

Si d'autres indications se présentent, ce n'est plus à une carie que l'on a affaire, mais bien à un état morbide dont la *carie n'est qu'une cause ;* et nous pensons qu'il est aussi illogique d'appliquer le terme de « carie de quatrième degré » à la mortification de la pulpe qu'il serait impropre d'appeler une exostose dentaire une « carie du cinquième degré ».

Prenons par exemple *l'altération de l'émail seulement.*

Ici c'est bien une carie qui réclame notre intervention. Il suffit, en effet, de pratiquer la résection ou l'obturation pour arrêter le progrès de la lésion.

De même avec *l'altération dépassant l'émail et atteignant l'ivoire,* mais *laissant la pulpe* protégée. Ici encore c'est une carie qui constitue à elle seule toute la maladie.

Il suffit d'arrêter sa marche, rendre la cavité aseptique et l'obturer pour voir disparaître les symptômes.

Nous en dirons autant de *l'altération qui, ayant dépassé l'émail et l'ivoire, met la pulpe* à nu, à la condition toutefois qu'elle n'exige pas d'autre traitement que celui que nous venons de décrire pour les caries du premier et du deuxième degré, c'est-à-dire l'obturation immédiate, après avoir pris les précautions nécessaires pour éviter l'irritation de la pulpe (coiffage, etc.).

Mais lorsque la pulpe est atteinte, lorsque celle-ci exige un traitement spécial (destruction, extirpation, etc., etc.), ce n'est plus une carie que nous avons à traiter et soigner, mais bien une nécrobiose de la pulpe.

Nous prions nos confrères de nous pardonner cette longue citation, mais nous l'avons fait de propos délibéré pour montrer que Thomson ne touche en rien à un agent microbien producteur de la carie ; quand Thomson dit que la carie est une maladie *spécifique,* il le dit quant au traitement. Contrairement à ce que pense notre critique, une maladie peut être spécifique non seulement quant au germe producteur de la même, mais aussi quant au traitement et c'est à ce traitement que se rapporte le terme spécifique de Thomson. Pour que nos confrères soient convaincus de la vérité de ce que nous affirmons, nous allons citer ce que dit E. Littré[1] dans son *Dictionnaire de Médecine,* aux pages 1478 et 1479 :

Spécifique, adj. (specificus, de species, espèce, et facere, faire ; all. specifisch, angl. specific, it. specifico, esp. especifico), se dit de ce qui appartient à l'espèce, de ce qui caractérise l'espèce. — *Causes spécifiques.* Agents qui déterminent une lésion et des troubles spéciaux du sang ou des tissus, ou de tel tissu en particulier. Tels sont presque tous les poisons, les venins, les virus et le contage. Il y a des causes morbides spécifiques comme il y a *des médicaments spécifiques.* Les principes qui doivent guider dans la détermination de leur action sont les mêmes. En effet, selon leur composition et leurs propriétés, les poisons seront assimilés plus facilement par tel ou tel tissu et l'altéreront de telle ou telle manière ; selon le mode d'altération des humeurs constituant les virus, ces virus détermineront une altération correspondante des substances organiques de nos tissus et de nos humeurs. — *Maladie spécifique.* Celle qui est déterminée ou guérie par une cause ou un médicament spécifique.

Par la citation de Thomson et par celle de Littré, que nous venons de faire, il est bien évident que cet auteur considère la carie dentaire comme spécifique quant au traitement et ainsi notre collègue sera obligé d'admettre que les considérations de Thomson peuvent prévaloir sur notre esprit, contrairement à ce qu'il a affirmé.

Voici encore une autre affirmation de notre confrère ; il dit :

Cet auteur (Thomson) dit encore à la page 184 de son *Formulaire dentaire*, se rapportant au quatrième degré de l'école française, que

1. *Loc. cit.*

nous nous trouvons en face d'une maladie spéciale qu'il appelle *nécrobiose dentaire* et ensuite, dans la classification qu'il propose, il donne cette nécrobiose comme le quatrième degré de la carie.

Thomson a été malheureux, en vérité, de ne pas se faire comprendre par notre critique, et pour prouver ce que nous affirmons, il suffirait de la citation que nous avons déjà faite de cet auteur, mais pour que notre argumentation sur ce point soit bien claire nous demandons la permission de transcrire ce que dit Thomson aux pages 184 et 185 de son ouvrage déjà souvent cité et défendu par nous. Le passage suivant suit celui que nous avons cité ci-dessus :

A plus forte raison, lorsqu'il s'agit de la mortification de la pulpe (dite carie du quatrième degré), il ne peut plus être question de la carie, puisqu'elle n'est qu'une cause ayant abouti à ce résultat, mais bien d'une maladie spéciale, justiciable d'un traitement particulier.

C'est en effet, *une nécrobiose de la dent elle-même*, que l'on constate et l'on ne pourra songer à soigner la carie, avant d'avoir guéri cet état morbide, caractérisé par la mortification de la pulpe.

C'est pourquoi nous nous croyons autorisé, bien que cela soit peut-être téméraire de notre part, à faire une nouvelle classification qui nous paraît plus rationnelle et que voici :

1° *Carie du premier degré.* — Altération de l'émail seulement ;

2° *Carie du deuxième degré.* — Altération de l'émail et de l'ivoire n'atteignant pas la pulpe ;

3° *Carie pénétrante.* — Carie ayant atteint la pulpe ;

4° *Nécrobiose dentaire.* — Mortification de la pulpe.

Sans doute ce mot « nécrobiose » soulèvera quelques critiques, mais néanmoins nous pensons qu'il décrit bien l'état pathologique connu jusqu'à ce jour sous le nom de « carie du quatrième degré ».

La dent, dans le cas qui nous occupe, est bien un organe vivant grâce à la survie de sa membrane péridentaire, qui continue à vivre en dépit de la mortification des éléments anatomiques qui constituaient sa pulpe.

Nos confrères s'aperçoivent-ils où est l'injustice faite à Thomson par notre critique ? Nous allons l'accentuer.

Notre critique dit que Thomson dénomme le quatrième degré de carie de l'école française *nécrobiose* par le fait que c'est une maladie spéciale et que cependant dans la classification *il donne cette nécrobiose comme le quatrième degré de carie.*

Comme nos confrères viennent de voir, ce reproche sévère est absolument faux, puisque Thomson n'a pas commis une

semblable erreur dans sa classification déja citée et que nous allons reproduire. Thomson dit :

1° *Carie du premier degré.* — Altération de l'émail seulement ;
2° *Carie du second degré.* — Altération de l'émail et de l'ivoire, n'atteignant pas la pulpe ;
3° *Carie pénétrante* (remarquez que Thomson ne dit pas carie du troisième degré). — Carie ayant atteint la pulpe ;
4° Nécrobiose dentaire (remarquez que Thomson ne dit pas carie du quatrième degré comme l'a affirmé notre contradicteur). Mortification de la pulpe.

C'est une équivoque, mais une équivoque grave dans le long travail de notre censeur. Notre collègue dit :

Reprenant de nouveau le travail de mon collègue, je dis que la description qu'il fait des tissus dentaires constitue à elle seule une attestation suffisante de la compétence de son auteur.

L'exposition est claire, correcte et parfaitement développée.

Il y a néanmoins un point très important et qui se rapporte intimement à notre sujet, sur lequel je demande la permission de différer.

Je veux parler de son premier degré de carie dentaire où il inclut la cuticule de Nasmyth dans les tissus attaqués par la carie. Cette cuticule est considérée par mon collègue comme un tissu faisant partie constante des tissus dentaires.

Elle n'a d'importance que pour le physiologiste et l'embryologiste et spécialement pour ceux qui, comme Tomes, s'adonnent à des études d'anatomie comparée et philogénétiques.

Avant de continuer la transcription de ce passage nous devons déclarer que la membrane de Nasmyth doit mériter de l'importance pour tout homme de science et non pas exclusivement pour le physiologiste et l'embryologiste et pour ceux qui se livrent à des études philogénétiques. Pour preuve de ce que nous avançons nous invoquerons un travail récent de Miller dont nous parlerons un peu plus loin. Continuons la citation :

Ce tissu n'existe pas dans les dents d'adultes parce que, comme nous le verrons, il ne résiste pas aux diverses actions mécaniques auxquelles les dents sont sujettes dans notre cavité buccale, et si quelquefois le microscope nous montre une couche irrégulière couvrant extérieurement l'émail, nous pouvons garantir qu'elle n'est formée que de dépôts de substances étrangères à la dent. Parmi ces substances le tabac occupe une grande place.

Pour mieux comprendre le sujet, nous sommes obligé d'interrompre la transcription de ce passage.

Que la cuticule de l'émail soit détruite dans les faces de la dent qui sont sujettes à l'action triturante, nous pouvons l'accepter; et dans les faces qui ne sont pas sujettes à cette action mécanique? La membrane ne persistera-t-elle pas?

Tout fait croire que si. Waldeyer croit que la membrane de Nasmyth se rencontre dans toutes les dents.

Tomes, dans son *Traité d'Anatomie dentaire humaine et comparée,* Paris, 1880, dit à la page 100 :

Membrane de Nasmyth. — Sous le nom de membrane de Nasmyth, cuticule de l'émail, ou capsule dentaire *persistante*, on décrit un tissu sur la nature duquel les opinions les plus diverses ont été et sont encore émises, on peut le dire. Sur l'émail de la couronne des dents de l'homme ou d'un mammifère, dont les dents ne sont pas recouvertes partout d'une couche de cément, existe une pellicule excessivement mince, dont on peut démontrer l'existence par l'emploi des acides qui la font se détacher de la surface de l'émail.

Comme le voient mes collègues, Tomes dit que la membrane de Nasmyth est une membrane *persistante* trouvée sur les dents de l'homme ou de tout autre mammifère. En admettant même qu'il emploie le mot homme pour désigner l'espèce, la cuticule ne laisse pas d'exister, au moins dans toutes les dents d'individus jeunes et sur quelques faces de dents d'adultes et dans tous ces cas la carie dentaire peut se manifester.

Continuons la transcription du travail de notre critique :

Nous ne pouvons encore dire, par l'état actuel de développement de la science, si ce tissu représente des vestiges de la membrane préformative ou de la couche de l'épithélium interne de la membrane adamantine ou finalement, comme pense Tomes, enclin aux études comparées et enclin à la théorie des modifications successives, si c'est une portion du sac dentaire du follicule qui dans la région de la couronne de la dent ne s'est pas ossifiée.

M. Oscar de Souza, professeur à l'École de médecine de Rio-Janeiro, dit dans son article intitulé *Odontologie* et publié dans la *Revue dentaire*, à la page 11 :

Par ce que nous venons d'exposer, la cuticule ou membrane de Nasmyth est un produit de l'épithélium adamantin. Quelques embryologistes cependant ne pensent pas ainsi et Röse, Paul et Waldeyer attribuent la formation de la membrane de Nasmyth à l'épithélium externe du germe de l'émail; d'autres, comme Tomes et Magitot, la

rapportent à une couche mince de cément; et finalement, plaçant son origine dans l'épithélium adamantin, Kölliker la considère comme une production des cellules de l'émail, sous la forme d'un vernis imperméable. Telle est, en résumé, la manière de voir des auteurs sur la membrane de Nasmyth; l'opinion de Kölliker confirmée par les études de Renaut et acceptée par Duval, est celle qui se trouve transcrite dans ce résumé.

On voit donc, que présentant diverses théories, ce professeur en accepte une, et sa compétence est incontestable sur ce sujet.

Notre collègue dit encore :

Nous y rencontrons des vestiges de dépôts minéraux, mais elle ne laisse pas pour cela d'être un tissu mou, raison pour laquelle elle ne résiste pas aux traumatismes mécaniques.

Cette conclusion me paraît inadmissible, parce que, même en supposant que la membrane de Nasmyth n'ait que des *vestiges de sels calcaires*, ce que je conteste, elle ne peut laisser d'être un tissu dur contenant comme tous les autres, une partie organique et une partie inorganique.

Dans son remarquable ouvrage intitulé *Traité d'histologie pratique*, Renaut dit aux pages 364 et 365 du 2e tome :

Sur leur face adhérente, ou d'implantation, les cellules adamantines ne sécrètent plus alors qu'une ligne de plateaux basaux qui subit elle-même l'imprégnation calcaire, c'est la cuticule de l'émail (Nasmyth). Quand la couronne de la dent soulevée par la croissance de la papille pulpaire, après s'être engagée dans le noyau connectif d'éruption, vient émerger au dehors, l'épithélium adamantin, qui ne se calcifie jamais, se flétrit dans la portion exposée, découvrant l'émail revêtu de la cuticule continue.

Oscar de Souza, dans son ouvrage déjà cité, dit à la page 10 :

La transformation de l'émail une fois terminée, l'épithélium adamantin de plus en plus repoussé par la couronne qui se développe, se rapproche de l'épithélium externe du germe ectodermique, et ses cellules sécrètent par la face de l'implantation, une formation également basale, que souffre l'imprégnation calcaire et qui est la *membrane ou cuticule de Nasmyth*. En ce moment, tant les cellules de l'épithélium externe que celles de la masse muqueuse ectodermique de Huxley et celles de l'épithélium adamantin commencent à s'atrophier et disparaissent au bout d'un certain temps, découvrant dans la partie exposée l'émail recouvert par la cuticule de Nasmyth.

Notre critique comprendra facilement que le mot *vestiges* est par trop insuffisant pour remplacer le terme *imprégnation,* puisque ce dernier donne une idée d'abondance et que le premier ne la donne pas.

Le Dr Ladislas Szymonovicz, professeur d'histologie et d'embryologie à l'université de Lemberg (Autriche), dans son ouvrage intitulé *Lehrbuch der Histologie und der mikroskopischen Anatomie,* Würzbourg, 1901, dit à la page 158 :

Die Oberfläche des Schmelzes ist von einem sehr feinen (ungëfahr 1 µ hohen) struckturlosen und sehr widerstandfähigen Häutchen überzogen, welches als Cuticula dentis bezeichnet wird. [La surface de l'émail est recouverte d'une pellicule très fine (d'environ 1 µ. d'épaisseur) sans structure et très résistante, qui est décrite sous le nom de cuticule dentaire].

Dans son ouvrage intitulé *Igiene della bocca e dei denti,* le Dr Ludovic Coulliaux dit page 30 :

La superficie externa dello smalto é alla sua volta revestita da una membranella molto sottile e abbastanza resistente « *cuticola dello smalto o membrana di Nasmyth* » sulla natura della quale ben poco ancora si conosce di positivo. [La superficie externe de l'émail est, à son tour, revêtue d'une pellicule très fine et assez résistante (articule de l'émail ou membrane de Nasmyth), sur la nature de laquelle on connaît encore bien peu de chose.]

Tome[1] à la page 52 dit ce qui suit :

On dit qu'un tissu est calcifié quand la trame organique qui le forme s'indure et s'imprègne de sels de chaux. Certains auteurs disent que la membrane de Nasmyth est très résistante, d'autres, qu'elle s'imprègne de sels calcaires ; par conséquent c'est un tissu calcifié et partant dur.

M. Jordaô dit encore :

Mon collègue inclut dans sa classification la destruction de la cuticule de Nasmyth dans le tableau symptomatique de la carie du premier degré.

S'il en est ainsi, mon collègue donne la carie comme commençant sur un tissu organique mou, ce qui n'est pas non plus d'accord avec la définition.

(A suivre.)

1. *Loc. cit.*

RAPPORT

SUR LA 3e SESSION DE LA FÉDÉRATION DENTAIRE INTERNATIONALE

(Madrid 22-29 avril 1903.)

Présenté par M. le Dr Maurice Roy

Délégué du groupement de l'École dentaire de Paris, à la Société d'Odontologie de Paris, séance du 19 mai 1903.

La Fédération dentaire internationale vient de tenir sa troisième session annuelle dans des conditions particulièrement intéressantes et c'est avec une grande joie que nous saluons la troisième année d'existence de la F. D. I., de ce groupement presque unique dans les professions libérales, et dont l'action, désintéressée, mais puissante, commence déjà à se faire sentir sur la marche des événements professionnels et la direction imprimée aux groupements nationaux.

Avec la session de 1903 se termine en quelque sorte la période d'organisation de la F. D. I. Créée par le Congrès de 1900, elle va voir renouveler ses pouvoirs en 1904 par le Congrès de Saint-Louis et pourra alors, définitivement organisée après les tâtonnements inséparables du début, continuer sa glorieuse carrière pour le progrès professionnel.

Certes ce fut une rude besogne que l'organisation de cette Fédération internationale, où tout était à créer et pour arriver à la mettre en mouvement et lui donner son fonctionnement régulier il a fallu triompher de difficultés considérables de tout ordre, dont ceux qui ont été mêlés de près à la préparation des premières réunions peuvent seuls se rendre compte. Mais toutes les difficultés ont été vaincues et la Fédération a pu progressivement étendre son action au fur et à mesure que son organisation se perfectionnait. Chaque année a vu naître une Commission nouvelle chargée d'étudier une des nombreuses questions qui sollicitent l'attention du monde professionnel. C'est d'abord la Commission d'enseignement, puis c'est la Commission d'hygiène ; cette année c'est la Commission de la presse internationale ; l'année prochaine celle de déontologie et de jurisprudence.

Mais, pour obtenir le résultat que nous sommes heureux de constater ici, pour vaincre les obstacles du début il a certainement fallu toute la ténacité et toute l'habileté de celui que la Fédération, justement reconnaissante, a toujours voulu conserver à sa tête, notre ami M. Charles Godon, qui a acquis, en accomplissant cette rude tâche, un nouveau titre à la reconnaissance de ses confrères du monde entier.

C'est avec une solennité inusitée que s'est ouverte le 22 avril la session de 1903. C'est en effet à l'Académie de médecine de Madrid et sous la présidence du Ministre de l'Instruction publique d'Espagne qu'a eu lieu la première réunion de la Fédération.

Après que le secrétaire général M. Sauvez eut donné lecture de son rapport annuel, M. Godon prononça un excellent discours d'ouverture dans lequel il montra le but poursuivi par la F. D. I. ; après lui les nombreux délégués qui étaient venus de tous les pays pour assister aux délibérations prirent ensuite la parole pour apporter leurs saluts et leurs souhaits à la F. D. I. et aux confrères espagnols qui cette année donnaient l'hospitalité au jeune groupement international. Il convient de remercier ici tout particulièrement notre excellent confrère M. Aguilar, grâce aux efforts duquel la Fédération avait obtenu la faveur de tenir ses séances dans le local de l'Académie de médecine et grâce auquel le gouvernement espagnol, en la personne de son ministre de l'Instruction publique, avait bien voulu donner une consécration officielle aux travaux de la F. D. I.

Les divers groupements composant la F. D. I. eurent leurs réunions du 22 au 29 avril [1].

Nous allons nous occuper successivement de chacun d'eux et indiquer sommairement le travail accompli et les résolutions votées par chacun.

Commission internationale d'enseignement. — Un des points les plus intéressants de ceux sur lesquels s'exerce l'activité de la F. D. I. est certainement l'enseignement professionnel. C'est ainsi que la Commission internationale d'enseignement a été créée immédiatement après la F. D. I. comme l'organisme indispensable de celle-ci et que ses premiers membres ont été nommés dès 1900, en même temps que ceux du Conseil exécutif.

Les trois années qui viennent de s'écouler ont été, pour cette commission, des plus fécondes en résultats et l'exposé de la tâche entreprise par cette seule Commission durant ces trois premières années suffirait à lui seul à justifier ce que nous disions de l'importance de l'œuvre de la F. D. I.

Dès sa fondation et dès sa première session, la Commission internationale d'enseignement pensa que l'œuvre qui s'imposait de prime abord et celle à laquelle elle devait s'attacher avant toute chose était : l'établissement d'un programme d'enseignement.

C'était là une œuvre particulièrement délicate si l'on songe à la difficulté qui se présentait, dès l'abord, de faire un programme donnant satisfaction à l'universalité des pays et aux représentants des différentes conceptions professionnelles qui constituaient la Commission. Nous avouons, pour notre part, que lors de la première session, pendant que se livraient les premières batailles préliminaires, nous ne fûmes pas sans inquiétudes sur la possibilité d'arri-

---

1. Un banquet organisé dans la salle de l'Alhambra dans le cadre superbe décrit par M. Papot dans son compte rendu des fêtes avait réuni le 23 avril les membres de la F. D. I.

ver à un accord entre des hommes ayant des conceptions si différentes. Mais, ces inquiétudes furent vaines et c'est avec une joie profonde que nous constatons que cette année la Commission a achevé cette tâche si difficile et qu'elle a réussi à établir, dans ses trois sessions, le programme des études complètes du chirurgien-dentiste, faisant sur ce point l'accord aussi complet qu'il est possible entre les membres de la Commission.

Si ce gros problème a été mené à bien, cela est dû à ce que tous dans la Commission, à quelque pays que nous appartenions, quelle que fût notre manière de voir sur l'organisation générale de la profession, nous n'avions qu'un but commun : le progrès de notre art et la formation de praticiens instruits dans une profession dont, tous, nous connaissons l'importance et les difficultés d'enseignement.

Afin d'arriver à un résultat pratique et que tous les points puissent être soigneusement étudiés, la besogne avait été scindée. Dans la première session de Londres-Cambridge, les membres de la Commission prirent contact, échangèrent leurs idées sur l'organisation générale de l'enseignement professionnel et fixèrent les questions qui seraient étudiées, pour la session suivante. Ils décidèrent de discuter pour 1902 :

1° Les études préliminaires à l'enseignement dentaire ;

2° L'organisation générale des études ;

3° Le programme des études scientifiques et médicales.

De nombreux rapports furent établis sur ces questions pour la session de 1902 à Stockholm et de longs et intéressants débats eurent lieu au sujet de ces trois questions. La Commission finalement adopta pour chacune d'elles les solutions suivantes.

Sur la question de l'enseignement préliminaire à l'entrée à l'Ecole elle décida que : « Les connaissances requises seront les mêmes que celles qui sont exigées des étudiants en médecine ou en droit dans les pays où ces écoles sont sous le contrôle du gouvernement, ou l'équivalent de ces connaissances dans les pays où ce contrôle n'existe pas, ces connaissances devant être déterminées par le Ministre de l'Instruction publique. »

Sur la question de l'organisation générale des études, la Commission adopta les résolutions suivantes :

1° Les études dentaires comprennent une partie scientifique et médicale et une partie technique ;

2° Leur durée est au moins de quatre années ;

3° Ces études doivent être organisées suivant une méthode parallèle de tous les cours : enseignement scientifique et médical et enseignement technique simultanément ;

4° Il sera obligatoire pour les diplômés en médecine qui se proposent d'exercer l'art dentaire, de suivre au moins pendant deux ans le programme d'enseignement d'une école dentaire.

Sur la question des études scientifiques et médicales que doit faire l'étudiant en dentisterie, la Commission adopta le programme suivant :

1° Physique ; 2° chimie, y compris la métallurgie ; 3° anatomie ; 4° histologie et embryologie ; 5° physiologie y compris la chimie physiologique ; 6° bactériologie ; 7° matière médicale et thérapeutique ; 8° pathologie générale ; 9° chirurgie générale ; 10° diagnostic physique ; 11° chirurgie spéciale et anesthésie.

Telle était la besogne accomplie l'année dernière par la Commission. Pour compléter le programme général des études il restait à établir le programme de l'enseignement technique auquel se rattachait l'intéressante question de l'enseignement manuel préalable à l'admission aux études dentaires. C'est le sujet qui fut porté à l'ordre du jour de la session de Madrid.

Un certain nombre de rapports furent présentés sur l'enseignement technique et d'intéressantes discussions eurent lieu à cette occasion, discussions dans lesquelles nous eûmes le plaisir de voir que les divergences de conceptions existant entre certains d'entre nous étaient beaucoup plus apparentes que réelles. Nous signalerons particulièrement à cet égard un point intéressant. Les représentants de l'Autriche ont dans la Commission les idées en apparence les plus opposées à celles des représentants de la France et de l'Amérique, puisqu'ils sont partisans de l'obligation pour les dentistes du doctorat en médecine ainsi que cela existe dans leur pays. Néanmoins, ces membres ont présenté un rapport qui rallia tous les suffrages indistinctement, puisqu'il demandait pour tous les médecins voulant se livrer à l'exercice de l'art dentaire la justification de deux années au moins d'études spéciales suivies d'un examen.

Comme on le voit, sur le terrain de l'enseignement technique, l'accord s'établit facilement entre praticiens compétents, quelles que soient leurs origines.

A la suite des débats qui eurent lieu, la Commission prit les résolutions suivantes, qui furent adoptées à l'unanimité.

1re Résolution.

Il est préférable que l'éducation préliminaire, artistique et prothétique du chirurgien-dentiste soit donnée dans les écoles dentaires de préférence à l'apprentissage chez le praticien.

IIe Résolution.

La possession de connaissances manuelles serait une chose désirable préalablement à toute étude dentaire; néanmoins, à leur défaut, les écoles devront organiser l'enseignement de la première année d'études de façon à donner aux élèves pendant cette année :

1° Les connaissances manuelles préliminaires indispensables à l'étude de la prothèse ;

2° Des notions élémentaires sur la constitution, la formation, les maladies et le traitement des organes qu'ils auront à traiter par la suite ;

3° Un enseignement pratique gradué de la dentisterie opératoire sur l'appareil fantôme.

III° RÉSOLUTION.

L'enseignement spécial dentaire ou technique doit comprendre des cours théoriques et des cours pratiques.

1° En outre des cours scientifiques et médicaux dont la liste a été établie l'année dernière par la Commission :

1. Physique. — 2. Chimie, y compris la métallurgie. — 3. Anatomie. — 4. Histologie et embriologie. — 5. Physiologie y compris la chimie physiologique. — 6. Bactériologie. — 7. Matière médicale et thérapeutique. — 8. Pathologie générale. — 9. Chirurgie générale. — 10. Diagnostic physique. — 11. Chirurgie spéciale et anesthésie.

Les cours théoriques doivent comporter l'étude des matières suivantes :

I. Anatomie, histologie et physiologie dentaires, normales et pathologiques.

II. Pathologie dentaire.

III. Thérapeutique dentaire.

IV. Dentisterie opératoire.

V. Prothèse.

VI. Orthodontie.

VII. Prothèse chirurgicale.

VIII. Hygiène dentaire.

IX. Pathologie et chirurgie buccales.

X. Anesthésie.

XI. Radiologie et électrothérapie.

XII. Déontologie et jurisprudence dentaires.

2° Les cours pratiques doivent comprendre :

I. Dentisterie opératoire.

II. Clinique dentaire.

III. Prothèse au laboratoire.

IV. Prothèse clinique.

V. Clinique stomatologique ou de chirurgie buccale.

VI. Clinique d'anesthésie.

3° Ces différents cours, théoriques et pratiques doivent être répartis sur les quatre années d'études suivant un programme gradué.

Pour les docteurs en médecine voulant pratiquer l'art dentaire, ces cours doivent être répartis en deux années d'études et suivis d'examens spéciaux.

IV° RÉSOLUTION.

Pour assurer le contrôle des travaux pratiques, les élèves doivent

être tenus d'exécuter chaque année un nombre minimum d'opérations des diverses catégories et un nombre minimum d'appareils.

Ainsi donc, comme on le voit, se trouve adopté le programme complet de l'enseignement dentaire : études préliminaires, organisation générale des études, enseignement scientifique et médical et enseignement technique. L'École dentaire de Paris doit être doublement heureuse du résultat obtenu. D'une part, ses administrateurs et ses professeurs trouveront des indications précieuses dans les résolutions votées et les discussions si intéressantes qui les ont précédées, discussions auxquelles ont pris part les gens les plus qualifiés de tous les pays.

D'autre part, à un point de vue un peu personnel, mais qui n'en est pas moins légitime, elle peut se réjouir des résolutions qui ont été adoptées par la Commission internationale d'enseignement, car, pour la plus grande partie, elles sont la reproduction presque intégrale des résolutions que son délégué avait présentées à Stockholm et à Madrid avec son approbation et celle de la Fédération dentaire nationale. Et comme, dans le rapport que nous avons présenté l'année dernière et cette année, nous avions pris pour base l'organisation et le programme de l'Ecole à laquelle nous avons l'honneur d'appartenir, c'est donc, d'une façon à peu près complète, l'organisation et le programme de l'Ecole dentaire de Paris qui ont été adoptés par la Commission internationale d'enseignement comme le programme idéal à l'heure actuelle.

Sans doute il serait vain de s'enorgueillir outre mesure de cette constatation, ce programme étant aussi dans ses grandes lignes celui des meilleures écoles étrangères ; mais, néanmoins, nous pensons qu'il était utile de montrer toute l'importance du résultat obtenu, tant au point de vue international que national, et de faire apprécier, par ces faits précis, toute la valeur du rôle joué par notre pays et par notre Groupement dans cette réunion internationale.

En ouvrant la session de la Commission d'enseignement, M. Brophy, président, a donné lecture d'une remarquable adresse sur l'utilité pour les Écoles de médecine de faire des cours de pathologie dentaire pour les étudiants en médecine. Cette adresse a été l'occasion d'une intéressante discussion à laquelle tous les membres de la Commission ont pris part.

Sans empiéter sur le domaine de mon ami Martinier, je dois dire un mot des questions d'enseignement devant le Congrès de médecine. Elles furent abordées à l'occasion du rapport très complet et très documenté de M. Godon sur « Les connaissances que l'on doit posséder pour exercer l'art dentaire ». Une discussion intéressante, portant particulièrement sur l'enseignement manuel préliminaire et l'enseignement technique, suivit l'exposé de ce rapport et il fut loisible de constater, au cours de cette discussion, que la majeure

partie de l'assemblée était très nettement favorable à de la prédominance de l'enseignement technique et manuel dans le temps consacré à l'enseignement général de l'étudiant en dentisterie.

Enfin, en terminant ses travaux, la Commission internationale d'enseignement a décidé de porter à l'ordre du jour de sa prochaine session. « L'étude des meilleures méthodes d'enseignement de la prothèse et de la dentisterie opératoire ».

Tels sont, très rapidement exposés, les principaux points concernant l'enseignement que nous pouvons signaler à propos de notre délégation à Madrid. Nous ne croyons pas avoir besoin d'insister plus longuement sur l'importance des résultats obtenus et si, aux travaux de la Commission d'enseignement dont nous venons de donner un aperçu, on ajoute les travaux accomplis par les autres groupements de la Fédération, Conseil exécutif, Commission d'hygiène, Commission de la Presse internationale, dont nous allons indiquer succinctement les grandes lignes, on aura une idée du travail considérable accompli par la F. D. I. pendant ses si courtes sessions.

Conseil exécutif. — On sait que l'année dernière, à la réunion de Stockholm, en vertu de la décision prise en 1900 par le Congrès de Paris confiant à la F. D. I. la mission d'organiser le prochain Congrès international, l'Association dentaire nationale américaine avait délégué trois de ses membres pour transmettre à la F. D. I. une demande tendant à organiser à Saint-Louis (Etats-Unis) en 1904 le 4e Congrès dentaire international. Après discussion, le Conseil exécutif de la F. D. I. avait accepté cette invitation et avait chargé de le représenter, pour la préparation du Congrès, un comité de neuf membres. Cette décision, par suite de malentendus et de complications sur lesquels il serait trop long de s'étendre, suscita aux Etats-Unis un conflit assez grave au sein de l'*Association nationale dentaire* (Voir *Revue internationale*, p. 53, *in Odontologie,* 30 mars 1903).

Finalement, il fut décidé par cette Association que la solution du conflit serait demandée au Conseil exécutif de la F. D. I. lors de sa réunion de Madrid.

Le Conseil avait donc à trancher cette année cette grave question liée à l'organisation du 4e Congrès dentaire international. Les deux partis en présence ainsi que le président de l'Exposition de Saint-Louis, M. Francis Howard et le directeur des Congrès, M. Rogers, qui étaient intervenus dans le débat pour demander à la F. D. I. de trancher le différend avaient envoyé des représentants à la réunion de Madrid. D'une part, MM. Brown, de Milwankec et Crayer, de Philadelphie, d'autre part M. Brophy de Chicago.

Après de longs et épineux débats, le Conseil exécutif, prenant en considération les différents intérêts en présence, adopta une décision qui, nous l'espérons, permettra à tous les organisateurs du Congrès

de travailler en bon accord pour la réussite de cette grande entreprise internationale.

Aux termes de cette décision le Conseil exécutif de la F. D. I. sera représenté par une commission composée des neuf membres désignés à Stockholm, plus un nombre de membres suffisant pour égaler le Comité de la N. D. A. (National Dental Association). Ces deux comités auront des pouvoirs égaux et travailleront en commun pour nommer les bureaux du Congrès, préparer les voies et moyens de réunir le dit Congrès, en préparer le programme scientifique et assurer le respect des intérêts professionnels de toutes les nations.

Dans le cas où cette solution ne serait pas acceptée par les deux parties, le Conseil exécutif est autorisé à retirer l'acceptation donnée l'année dernière et à décider que le Congrès de Saint-Louis ne sera pas le 4e Congrès dentaire international. Le bureau du Conseil exécutif est chargé de trancher les différends pouvant survenir durant l'intersession.

C'est la solution de ce conflit qui a absorbé la majeure partie du temps du Conseil exécutif ; mais il a eu à régler en outre diverses autres questions intéressantes : l'organisation des Commissions existantes par l'adjonction de membres titulaires et de membres adjoints parmi les membres venus assister à la session de Madrid ; l'organisation d'une Commission nouvelle, celle de la Presse internationale ; le règlement du budget et la publication du compte rendu de la session, qui, en dehors de la publication en français, sera publié en anglais par la *Dental Review*, des dispositions devant être prises en outre pour assurer la publication en allemand et en espagnol. La création d'une Commission nouvelle a été décidée pour l'année prochaine : la Commission de déontologie et de jurisprudence internationale.

Il a été décidé que, pour l'année prochaine, la première période de fonctionnement du Conseil exécutif devant se terminer à Saint-Louis, des rapports seraient présentés au sujet du règlement qui serait complété, de façon à assurer à chaque pays une représentation proportionnelle conforme au but et à l'esprit de la F. D. I.

Enfin la prochaine session a été fixée en août 1904 à Saint-Louis à l'occasion du Congrès international ; toutefois, dans le cas où la solution du différend de Saint-Louis ne serait pas acceptée par les intéressés, le bureau du Conseil exécutif aurait le choix de la date et du lieu de la prochaine session.

Commission internationale d'hygiène. — Cette Commission réunie sous la présidence de M. Jenkins, de Dresde, a examiné le rapport de M. Heïdé au sujet de l'important travail présenté l'année dernière par M. Frank, de Vienne, au nom de la sous-commission Frank, Förberg et Cunningham. Ce rapport se terminait par quatre propositions concernant l'organisation :

1° De l'inspection dentaire dans les écoles ;

2° Du service dentaire dans les armées de terre et de mer ;

3° De l'inspection dentaire pour les ouvriers de l'industrie ;

4° Des services dentaires de l'Assistance publique.

Les deux premiers points ont été adoptés et les vœux les concernant seront transmis aux divers Gouvernements par l'entremise du gouvernement espagnol, les deux autres points ont été réservés pour la prochaine session.

Commission de la Presse internationale. — L'année dernière, à Stockholm, M. Förberg avait signalé la difficulté pour les praticiens, occupés toute la journée, de se tenir au courant de toutes les nouveautés scientifiques ou pratiques par suite de la diversité des langues et du nombre considérable de journaux dentaires qu'il serait nécessaire de dépouiller pour cela. Il avait demandé au Conseil exécutif de vouloir bien étudier le moyen d'obvier, dans la mesure du possible, à cet inconvénient si préjudiciable aux progrès de l'art dentaire. C'est pour résoudre cette question que le Conseil exécutif créé cette année, sous la présidence de M. Förberg, de Stockolm la Commission de la Presse internationale.

Cette Commission a décidé de publier tous les trois mois un bulletin en différentes langues dans les journaux des différents pays avec lesquels la F. D. I. se serait entendue. Ce bulletin donnera, sous une forme résumée, toutes les nouveautés scientifiques ou pratiques les plus intéressantes parues dans les journaux dentaires du monde entier.

Pour la rédaction de ce bulletin, il sera choisi dans les différents pays des secrétaires qui dépouilleront les journaux de leurs pays respectifs, en résumeront les choses intéressantes et feront parvenir tous les trois mois ce rapport au Secrétariat central qui collationnera tous les rapports reçus, les fera traduire dans les principales langues et publier comme il été indiqué ci-dessus.

On voit toute l'importance et tout l'intérêt de l'œuvre entreprise par la Commission de la Presse internationale ; si, comme nous l'espérons fermement, la Commission réussit dans la tâche considérable qu'elle s'est assignée, — et grâce à la division du travail qu'elle a combinée cela est parfaitement possible, — la F. D. I. aura fait pour le progrès de l'art dentaire une des choses les plus notables qu'il soit possible de faire en matière de publication.

Le seul fait d'avoir conçu cette belle entreprise constitue pour la Fédération et pour l'auteur de la proposition initiale un précieux titre de gloire, et si la F. D. I. peut la mener à bien, on pourra dire *qu'elle aura bien mérité de la science dentaire.*

Bureaux des diverses commissions. — Les différentes Commissions ont constitué leur bureau pour 1904.

Le Conseil exécutif, malgré le refus réitéré de M. Godon, l'a renommé à l'unanimité président en même temps qu'elle renommait M. Sauvez, secrétaire et MM. Harlan, de Chicago, et Miller, de Berlin, vice-présidents.

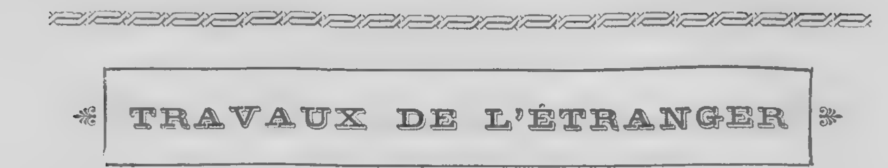
La Commission d'enseignement a maintenu son ancien bureau avec M. Brophy, de Chicago, comme président, MM. Zsigmondy, de Vienne, Paterson, de Londres, Crayer, de Philadelphie, comme vice-présidents et MM. Roy de Paris, et Weiser, de Vienne, comme secrétaires.

La Commission d'hygiène a nommé président M. Miller en remplacement de M. Jenkins, qui ne pouvait continuer ses fonctions.

La Commission de la Presse internationale enfin a choisi M. Förberg, de Stockholm, comme président. M. Harlan, de Chicago, comme vice-président et M. Papot, de Paris, comme secrétaire.

De plus, toutes les Commissions ont décidé de compléter ultérieurement leur bureau par l'adjonction d'un certain nombre de vice-présidents, de façon à ce que les différentes nationalités aient des représentants dans le bureau.

Comme on le voit, les différentes Commissions ont à leur tête des hommes des plus qualifiés ; nous ferons ressortir particulièrement la nomination à la vice-présidence du Conseil exécutif et à la présidence de la Commission d'hygiène de M. le professeur Miller, de Berlin, dont chacun connaît la haute situation professionnelle. Il prenait part pour la première fois aux travaux de la F. D. I., mais il a été tellement frappé de l'importance de l'œuvre entreprise par elle qu'il a accepté les différentes fonctions auxquelles l'ont porté ses collègues, résolu à contribuer, lui aussi, au développement de cette Fédération dentaire internationale dont nous venons de résumer les travaux pour la session de 1903.



TRAVAUX DE L'ÉTRANGER

CONGRÈS DENTAIRE DE BERNE

Par M. A. Thioly, D. E. D. P.

Les 9, 10 et 11 mai 1903, la Société Odontologique Suisse a tenu à Berne, au Museum, sa XVIII[e] assemblée générale annuelle, sous la présidence de M. le D[r] Th. Frick, de Zurich. Plus de cent membres ont pris part à cette importante réunion.

La séance administrative est ouverte le samedi 9 mai à 4 h. 45 ; le procès-verbal de la dernière assemblée étant adopté, le président donne lecture de son rapport annuel dans lequel il expose la bonne marche de l'activité sociale et les principaux événements qui se sont déroulés depuis la réunion de l'année dernière à Saint-Gall.

Le trésorier de la Société et l'administrateur de la *Revue trimestrielle Suisse d'Odontologie*, dans leurs rapports respectifs, soulignent l'état financier florissant.

Dix nouveaux sociétaires sont admis après votation.

Il est successivement discuté sur les nombreux articles inscrits à l'ordre du jour.

Deux propositions méritent une mention spéciale : la première, présentée par la Société Odontologique de Zurich, consiste à demander au Conseil fédéral Suisse, que le programme des études dentaires et le règlement des examens soient modifiés d'une façon plus extensive. Après avoir soulevé un intéressant débat, cette proposition est ajournée pour supplément d'enquête, elle sera transmise à une commission nommée par les soins du comité et fera l'objet d'un rapport.

La seconde est relative à l'ouverture d'un concours pour la publication d'un traité populaire d'hygiène dentaire, destiné à être largement distribué dans le public.

Le prochain Congrès se réunira à Lausaune en 1904.

Un crédit suffisant est voté pour arriver à obtenir qu'un médecin-dentiste soit appelé à siéger dans la Commission des Examens fédéraux de médecine.

La séance est levée à 7 h. 15.

Une soirée familiale organisée par les sociétaires bernois réunissait dès 8 heures du soir, les congressistes dans la salle de fête du café du Pont.

Le dimanche matin, 10 mai, un peu après 9 heures, un nombreux auditoire est déjà réuni, lorsque le président déclare ouverte la séance des communications et des démonstrations pratiques.

M. le D[r] J., Braun de Genève, parle d'une matière très élogieuse du somnoforme, ce nouvel anesthésique introduit avec succès dans la

profession par le Dr Rolland, de Bordeaux. Pour produire l'anesthésie, il conseille d'utiliser l'inhalateur à éther de M. Ormsby avec grand sac en caoutchouc préconisé par M. Woodhouse Braine, pour le motif qu'en se servant de ce masque anglais facilement stérilisable, on évite la période angoissante d'étouffement du début.

Le Dr Braun réfute les déclarations erronées de ceux qui prétendent que le somnoforme s'altère après un temps relativement court lorsque le flacon a été ouvert; lui-même a essayé des fonds de flacons laissés deux et même trois mois en réserve et il a été prouvé que ces restes de somnoforme étaient aussi bons qu'au début.

Il a été dit que cet anesthésique provoquait des hémorrhagies ; or, tout en recommandant évidemment la prudence avec les personnes souffrant d'affections pulmonaires, le conférencier a endormi plusieurs malades sortant des sanatoria sans qu'il en soit résulté d'accidents. Pour ce qui concerne les lésions cardiaques, il croit que le Dr Rolland est allé trop loin en disant qu'il n'était pas nécessaire d'ausculter ; il convient, au contraire, de pratiquer l'auscultation avant chaque anesthésie.

Il démontre expérimentalement les qualités anesthésiques du somnoforme en endormant successivement, en deux et trois reprises, deux jeunes femmes de 22 à 24 ans, auxquelles il est pratiqué plusieurs extractions de racines. Dans les deux cas la période d'insensibilité est atteinte en 55 secondes pour durer 55 et 60 secondes.

M. le Dr Braun est vivement félicité pour sa très intéressante démonstration.

La discussion étant ouverte, M. Fitting du Sentier se déclare enchanté des propriétés narcotiques du somnoforme. Depuis qu'il a eu l'occasion d'assister l'année précédente à Saint-Gall aux démonstrations suggestives du Dr Roland, il s'est servi un très grand nombre de fois, toujours avec succès, de ce précieux agent; la narcose s'établit généralement en 50 secondes, elle gravite autour d'une minute.

Il cite deux observations de chirurgie générale où le somnoforme se comporta brillamment: pour une opération de pérityphlite le sommeil fut maintenu pendant 45 minutes et pour un cas d'ostéomyélite 35 minutes.

Pour les extractions difficiles ou multiples, lorsqu'il est nécessaire de renouveler la narcose, il laisse revenir complètement à elle-même la personne et lui fait rincer la bouche avant de la rendormir.

M. A. Thioly-Regard, de Genève, sous le titre d'alimentation rationnelle et dentition, lit un travail dans lequel, sans vouloir méconnaître les causes multiplies de la carie dentaire, il creuse l'idée, déjà soutenue par maints praticiens, qu'une des causes principales de la mauvaise dentition réside dans une alimentation défectueuse.

Il démontre, par une argumentation sérieusement documentée et au moyen de graphiques concernant la valeur chimique en sels minéraux, ceux des produits alimentaires qui peuvent être consommés ; ainsi l'alcool, la viande et certains autres aliments préférés pour le goût, ne possèdent pas les principes nutritifs nécessaires pour concourir à la formation et au maintien du tissu osseux et des dents.

S'il ne pense pas combattre la théorie de Miller, qui prétend que la carie des dents est d'origine microbienne, il se range plutôt à l'avis de Telschow qui soutient qu'elle provient d'une nutrition insuffisante et d'un manque de vitalité. Il conclut en conseillant une alimentation céréalophosphatée bien appropriée suivant l'âge, le poids du corps, le travail mécanique ou intellectuel, etc...

M. Th. Frick estime que la question qui vient d'être traitée lui a donné pleine satisfaction, en ce sens qu'elle ne peut que rehausser la profession dans l'esprit du public en montrant que les dentistes ne s'occupent pas seulement de sujets directement en rapport avec la pratique de l'extraction, de l'obturation, et de la prothèse dentaire, mais qu'ils étudient aussi les moyens d'améliorer les dents et par conséquent de prévenir bien des souffrances.

M. Gysi appuie les conclusions qui viennent d'être posées, car dans ses recherches microscopiques de la carie dentaire il a acquis la certitude que les micro-organismes ne peuvent seuls produire cette carie, bien que, une fois que celle-ci a débuté, elle soit envahie par les micro-coques ; mais il n'est pas possible de démontrer que l'infection microbienne est la cause de la carie lorsque la force vitale et la santé générale existent normalement.

Il est convaincu que la santé peut s'améliorer non par l'ingestion de préparations chimiques, tels que ferrugineux et phosphates de chaux, mais par l'usage d'aliments riches en éléments minéraux.

M. le professeur Billeter reconnaît que, si la carie dentaire dépend d'une foule de causes, on peut bien dire que la mauvaise alimentation et le défaut d'assimilation en sont les principales. L'organisme a besoin de sels minéraux ; mais en cherchant à résoudre le problème de la rephosphatation, il ne faut pas oublier que les phénomènes vitaux ne sont pas identiques aux expériences pratiquées dans les laboratoires.

Les climats et les tempéraments différents nécessitent une alimentation différente ; de même il faut compléter l'hygiène alimentaire par l'hygiène du logement, car un mauvais logis sans air, sans lumière, sans soleil, est aussi une cause de rachitisme. Pour ce qui concerne le pain, il s'agit par une propagande active de faire modifier le travail de la meunerie, afin que cet aliment populaire par excellence contienne tous les principes minéraux existant dans le grain.

M. A. Maillart, de Berne, présente pour l'obturation des molaires fortement cariées une matrice composée de deux moitiés d'anneau en acier reliés d'un côté par une tige fixe, de l'autre côté par une tige terminée à ses deux extrémités par des pas de vis gauche et droit ; cette tige est percée ; un petit instrument pointu pénétrant dans ce trou permet de développer pour serrer en écartant plus ou moins les moitiés d'anneau.

Il parle ensuite avec avantage des demi-couronnes pour prémolaires dont la paroi cuspidale interne est cassée ; il coiffe cette partie interne tandis que la partie externe et visible est évidée de façon à laisser voir l'émail dentaire.

Il démontre encore sur une patiente la façon de procéder pour insen-

sibiliser une pulpe dénudée dans l'intention de l'extirper sans cautérisation préalable. A cet effet, la digue de caoutchouc étant placée, il applique dans le fond de la cavité un petit morceau d'éponge imbibé de cocaïne et d'alcool qu'il presse légèrement contre la pulpe au moyen d'un peu de gutta-percha rose modérément chauffé; il laisse l'obturation en place dix minutes, puis la pulpe est extirpée sans que la patiente ait manifesté de la douleur. Cependant il avertit que cette pression n'est pas toujours heureuse, il se déclare quelquefois de la douleur.

Il ajoute que sous le nom d'osmose-anesthésie, ce procédé a été déjà démontré par M. Guye, il y a deux ans, lors de l'assemblée des dentistes américains à Neufchâtel; il critique l'appellation donnée, l'anesthésie paraît s'opérer par infiltration.

M. Guye répond qu'il n'est pas partisan des couronnes fenêtrées, il est préférable de couper la partie externe et de placer une couronne entière de porcelaine; il vante ensuite les bons effets de l'anesthésie par osmose dont il ne peut indiquer l'initiateur. Il dit que la pression de l'éponge imbibée de cocaïne par la gutta-percha peut être remplacée par celle exercée au moyen d'un petit instrument en caoutchouc mou. Quant au mot « osmose », il le préfère à celui d'infiltration, car osmose est une expression hydrométrique qui signifie transmission d'un liquide molécule par molécule à travers une membrane.

M. Gerster a employé avec succès cette méthode; lorsqu'il n'y a pas d'inflammation de la pulpe, elle a un grand avantage pour des cas pressants quand il s'agit d'enlever la pulpe et d'obturer en une séance. Le Dr Bryan, de Bâle, a eu l'idée d'ajouter un peu d'acide phénique, ce qui ne peut que contribuer à rendre le traitement davantage antiseptique.

Le Dr Senn a remarqué que les résultats n'étaient pas toujours heureux peut-être lorsqu'il existe de l'idiosyncrasie ou un état de nervosité du patient. En tout cas, il se sert de ce procédé pour ouvrir graduellement la chambre pulpaire; de même il le trouve des plus favorables lorsque le nerf reste sensible après la cautérisation, dans ce cas l'osmose-anesthésie permet de l'extirper sans douleur.

M. Machwürth, de Zurich, démontre l'appareil de Bauchwitz pour anesthésier la dentine sensible à l'aide de l'acide carbonique; cet appareil a fonctionné pendant deux semestres à l'École dentaire de Zurich. Il consiste en une forte bouteille en métal avec un manomètre adapté à la partie supérieure qui commande un système de réglage pour régulariser la sortie. Ce récipient contient plusieurs litres d'acide carbonique liquide. A l'aide d'un tuyau en caoutchouc, l'acide carbonique arrive dans une pièce à main chauffée par une petite flamme de gaz à la température de 40 degrés. Il faut placer la digue et en une ou deux minutes l'insensibilité totale de la dentine est produite.

Outre l'action efficace de l'air chaud, Bauchwitz regarde l'acide carbonique comme un médicament bienfaisant de la dentine. Pour renforcer cette action, on peut imbiber la cavité avec une solution composée de 1 gramme de chlorhydrate de cocaïne pour 5 grammes d'alcool absolu.

M. Guye demande si l'on est bien sûr que ce soit l'acide carbonique et non la dessiccation qui agit sur la dentine; lui-même se sert de pro-

toxyde d'azote qu'il chauffe en le faisant passer dans une seringue à air chaud reliée par un tuyau en caoutchouc à la bouteille d'acier et il est enchanté du résultat. Le protoxye d'azote possède un pouvoir anesthésique des plus remarquables sur la muqueuse et la dentine.

La séance est levée à midi et quelques minutes.

A une heure, plusieurs voitures de tramway conduisaient les congressistes à Wabern d'où un funiculaire les transportait au sommet du Gourten-Kulm; un banquet des mieux réussis était organisé dans le gracieux hôtel construit au point culminant.

Le toast à la Patrie est porté par le président, M. Frick, et deux discours de circonstance sont encore prononcés par MM. Fetscherin et Billeter.

Le lendemain matin, lundi à 8 h. 1/2, les démonstrations et les communications continuent.

M. A. Bardet, de Genève, disserte, d'après Gaul, sur les propriétés physiques et chimiques du peroxyde d'hydrogène; ayant d'abord rappelé la date de la découverte de ce corps en 1818, il décrit sa composition, son mode de préparation et ses réactions. Au moyen de plusieurs expériences, il montre l'action du peroxyde d'hydrogène sur certaines fibres végétales et animales et ses principales combinaisons chimiques; enfin il s'étend spécialement sur ses applications pratiques dans l'art dentaire. Il le vante surtout comme agent décolorant et il est particulièrement efficace au début de la coloration rosée de la dent provenant de la diffusion de l'hémoglobine à travers la substance de la dentine. Comme désinfectant il a obtenu d'excellents résultats, l'action du peroxyde d'hydrogène est extrêmement rapide, il détruit instantanément tous les ferments.

M. Grosheintz a reconnu, dans plusieurs cas, une très bonne désinfection avec le peroxyde d'hydrogène de Merck à 30 0/0, mais il croit que cette solution est en tout cas trop forte; dans certaines dents il a eu l'occasion d'observer une légère inflammation du périoste, laquelle il est vrai, ne persistait pas.

M. R. Steiner emploie depuis dix-huit mois, comme désinfectant dans la périodontite chronique, la solution de Merck à 30 0/0, la solution à 10 0/0 et il a remarqué que même à 5 0/0, chez des personnes nerveuses, affaiblies, par exemple chez les neurasthéniques, le fait de pomper de cette solution dans le canal détermine une vive douleur lorsqu'elle arrive à l'apex de la racine. A part cela, il tient le peroxyde d'hydrogène comme un agent de désinfection de premier ordre.

M. Guye se sert depuis longtemps des propriétés désinfectantes du peroxyde d'hydrogène, mais il donne la préférence à la préparation livrée sous le nom de pyrozone à éther au 30 0/0; il a essayé la solution de Merck, mais il a obtenu de moins bons résultats, peut-être y aurait-il moins d'absorption.

Afin d'éviter les accidents explosifs lors de l'ouverture du bec scellé à la flamme d'un flacon frais de pyrozone, il a soin de l'introduire dans un flacon plus grand; de cette façon en cas d'explosion, il n'y a pas de danger et le liquide n'est pas perdu.

M. E. Müller, de Wädensweil, apporte un certain nombre de procé-

dés pratiques, qui sont, comme toujours, dignes de son esprit inventi
A l'aide de tableaux et de dents géantes façonnées en plâtre, il montre la manière d'éviter la contraction des amalgames dans les cavités volumineuses en cimentant la plus grande partie de la carie, puis en creusant tout à l'entour une gouttière pour ancrer l'obturation d'amalgame, qui ne fait que recouvrir le ciment et par conséquent n'a pas lieu de se contracter.

Sous le nom d'obturations triples, il décrit aussi une autre méthode consistant à cimenter la cavité, puis à fraiser la partie postérieure non visible pour l'obturer à l'amalgame ; enfin sur la face antérieure il fait une aurification où il incruste un bloc d'émail; l'opération se trouve ainsi facilitée et les résultats parfaits.

Il indique en passant un bon moyen de rétention des incrustations de porcelaine; lorsque la place fait défaut pour les crampons de platine (système Boesch) il pose dans la partie profonde de l'empreinte en platine, une petite rondelle d'or, la porcelaine étant fondue, l'or est rongé par l'eau régale, laissant une petite cavité qui retient le ciment.

M. Müller démontre encore la manière d'utiliser des parties de dents anglaises et leurs crampons comme moyen de scellement pour reconstruire des dents naturelles.

Il a aussi construit un petit appareil électrique pour chauffer instantanément l'eau destinée à être lancée dans une carie dentaire, par la poire à air.

Il présente également deux pièces à main pour le tour à fraiser, l'une portant un disque en carborindon qui peut se mouvoir dans toutes les directions, l'autre munie d'une roue excentrique actionnant une lime-scie à séparer avec mouvement d'avant en arrière.

Enfin il fait circuler plusieurs exemplaires de pièces à pont dont les procédés de fixation par ressorts, vis, boutons à gant, obtiennent un vif succès d'appréciation.

M. P. Boitel recommande la méthode d'obturation avec deux ou trois substances ; il a trouvé qu'elle remplit entièrement les conditions de solidité et d'esthétique désirées. Pour l'emploi de l'or, comme troisième matière, il vaut mieux laisser durcir l'amalgame pendant plusieurs jours aussi bien pour éviter la décoloration de l'or par absorption que pour obtenir une base très dure.

M. P. Guye, de Genève, traite magistralement la question de la radiologie dentaire, cette récente utilisation des rayons X dans la pratique journalière. Il insiste sur l'importance et les avantages de ce nouveau moyen d'investigation et fait connaître de quelle manière un service radiologique peut être installé dans tout cabinet dentaire moderne.

Après avoir fait un véritable cours scientifique sur la radiation de Roëntgen et s'être occupé des diverses sources de courants et de leurs distributions, il fait connaître, à l'aide de vues photographiques, son installation privée, qui lui donne la plus entière satisfaction.

Enfin pour conclure et pour mieux faire saisir la valeur des services que peut rendre la radioscopie dans le diagnostic des affections dentaires et des maladies chirurgicales des maxillaires, à l'aide de draperies sombres et épaisses, ayant organisé une chambre obscure, il fait

passer sur l'écran à projection un assez grand nombre de clichés radiographiques où sont nettement fixés des cas de rétention et de malposition de dents, d'abcès radiculaires, d'anomalies de racines, etc...

M. le Dr F. Martin fils, de Lyon, donne lecture d'une communication relative au traitement non sanglant des cicatrices vicieuses consécutives aux résections des maxillaires non suivis de prothèse immédiate; il fournit ainsi la preuve qu'avec du temps, de la patience et de la douceur on peut arriver sans déchirure et sans ulcérations à faire céder des brides cicatricielles par traction des tissus.

Il mentionne une certaine quantité de cas, où en collaboration avec M. le Dr C. Martin père, il a réussi à l'aide d'appareils lourds ou à pression continue par métaux juxtaposés ou ressorts à obtenir suffisamment de place pour poser un appareil normal.

Cette méthode n'a pas seulement été appliquée pour corriger des déformations de la région de la tête, mais elle a été mise à contribution pour réduire des brides cicatricielles à diverses autres parties du corps; bras, jambes, nez, rectum, etc...

M. le prof. Billeter, à propos de cette intéressante communication, fait l'éloge de la méthode de MM. Martin, père et fils; il se déclare heureux et fier d'appartenir à une profession qui est capable de modifier d'une façon aussi avantageuse des défauts que le chirurgien, qui peut sauver et guérir le malade, ne peut arriver à effacer. L'art dentaire rend à la société, par le fait de la prothèse, des personnes qui sans ces appareils ingénieux resteraient des invalides et des déshérités.

M. G. J. Inderbitzin, de Berne, explique la façon dont il opère pour confectionner par la galvanoplastie des modèles pour la métallo-prothèse. Il utilise une pile à courant continu pour déposer une couche de cuivre sur une empreinte de stents préalablement enduite d'une couche de graphite délayé à l'alcool. Lorsque la plaquette de cuivre est obtenue, il coule du métal fusible pour former un modèle des plus fidèles qui sert à estamper.

Le seul défaut qu'on pourrait reprocher à ce procédé, c'est le temps prolongé qu'il réclame, au moins huit jours; il ne peut être pratiqué que pour des travaux qui ne sont pas pressés.

M. J. Künzli, de Kriens, parle chaleureusement des appareils dentaires en celluloïde, dont il vante la légèreté, la beauté et la facilité du travail. Il démontre les détails de la manipulation avec le concours de sa machine « le Phénix » pour injecter et cuire cette substance.

M. L. Bryan, de Bâle, sous le titre de prophylaxie intensive de la carie dentaire, propose de badigeonner les dents des enfants qui montrent une prédisposition à la carie dentaire avec une solution de nitrate d'argent à 40 o/o. Il conseille de faire jusqu'à trois applications à huit jours d'intervalle et de renouveler au bout de cinq ou six mois.

M. P. Boitel, depuis qu'il a eu l'occasion de causer à propos de cette méthode avec M. Bryan, pratique ce traitement sur tous les enfants qui présentent des signes de carie dentaire. La solution de nitrate d'argent à 40 o/o est inoffensive pour la muqueuse et n'attaque pas l'émail, elle noircit seulement les endroits où il y a commencement de carie.

Il souhaite que ce traitement devienne général, afin que de nombreuses observations puissent confirmer les prévisions favorables.

M. P. Guye, indique *de visu* la manière de fabriquer soi-même un petit fourneau électrique pour la fusion des incrustations en porcelaine. Ce fourneau s'obtient au moyen d'un creuset de chimie en porcelaine petit modèle, dont le fond est coupé avec la roue diamantée ; sur les bords, un certain nombre d'encoches sont faites pour retenir les boucles d'un mince fil de platine long de 2 mètres 64 à l'épaisseur de 3/10 de millimètre, que l'on applique dans la partie interne du creuset et que l'on recouvre avec de la terre réfractaire. Ce petit creuset ainsi armé est luté avec de la terre réfractaire dans un creuset plus grand, et le fourneau est prêt à fonctionner.

M. R. Steiner, de Bâle, recommande, comme la meilleure des substances pour pansements provisoires, la préparation connue sous le nom de « clausinum », laquelle, portée presque liquide dans la cavité, durcit en quelques secondes, même sous la salive, et que l'on peut cependant enlever facilement.

M. J. Grüter, de Besançon, présente le nouveau système de dents artificielles inventé par M. F. Cassulo. Ces dents possèdent à leur face postérieure près des bords latéraux deux cannelures qui courent parallèlement près de l'extrémité libre de la dent; une partie métallique pénètre dans les cannelures et est fixée avec un peu de ciment.

Ces dents sont interchangeables et par conséquent des plus pratiques en cas de réparations.

La séance est levée à 12 heures 25.

Au banquet d'adieu servi à l'hôtel Bellevue, les toasts portés par MM. Guye, Maillard et F. Martin, furent des plus éloquents et empreints de ce bon esprit de confraternité qui règne de nos jours parmi les membres de la profession dentaire.



CORRESPONDANCE

Réponse à une lettre ouverte de M. Schwartz, président de l'Association générale des dentistes du Sud-Est de la France.

M. Schwartz, de Nîmes, a adressé à M. Godon, directeur de l'École dentaire de Paris, une lettre ouverte dans laquelle il se plaint de la concurrence que font aux chirurgiens-dentistes les mécaniciens-dentistes en posant des appareils de prothèse dentaire. Il réclame une modification de l'article 2 du titre 2 de la loi du 30 novembre 1892 pour interdire aux mécaniciens la pose de ces appareils et demande à M. Godon de prendre la direction d'une campagne dans ce sens.

M. Godon nous communique la réponse suivante qu'il fait à cette lettre.

Monsieur et honoré confrère,

J'ai été un peu étonné de la lettre ouverte que vous avez cru devoir m'adresser au lendemain du Congrès de Madrid sur la question des mécaniciens-dentistes.

Je n'en ai compris ni les motifs ni l'opportunité.

Il me semblait qu'après les déclarations très nettes que j'avais faites à ce sujet lors de la séance de décembre, ainsi que plusieurs de mes amis de l'École dentaire de Paris avec lesquels je suis en parfaite communion d'idées sur ce point, je n'aurais plus à intervenir, comme vous me le demandez.

Le Syndicat des chirurgiens-dentistes de France s'occupe depuis plusieurs mois de cette question, comme de toutes celles qui concernent l'application de la loi au point de vue de son exercice ; c'est son rôle, c'est donc à lui qu'il fallait adresser votre lettre.

Quant à moi, je ne suis pas, comme directeur de l'École dentaire de Paris, établissement d'enseignement, spécialement qualifié pour m'occuper de cette question.

Je le suis encore moins par les principes que j'ai toujours défendus.

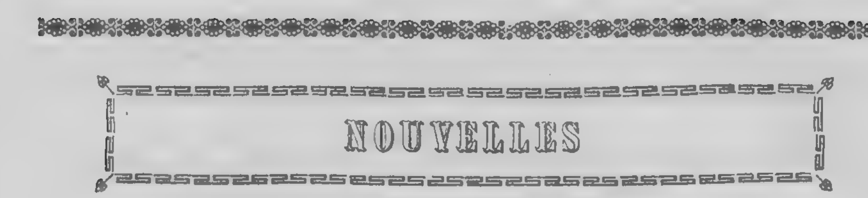
Je ne crois pas non plus que votre campagne puisse aboutir à un résultat utile, parce que, au point de vue juridique, je suis convaincu qu'avec la loi actuelle l'exercice de la prothèse dentaire est libre en France comme il l'est dans plusieurs pays étrangers, l'Allemagne et l'Angleterre par exemple, et que cette loi, qui a été une transaction

entre des opinions et des intérêts divers est trop récente pour que vous puissiez la faire modifier. J'ajoute que je n'ai pas non plus le désir de m'occuper de cette question, parce que je suis parmi ceux qui se souviennent que la première de nos Sociétés « le Cercle des Dentistes de Paris », d'où est sortie l'École dentaire de Paris avec tout le mouvement de réforme professionnelle qu'elle a provoqué, a été créée, il y a bientôt vingt-cinq ans, par un groupe de mécaniciens-dentistes dont j'étais, et je m'en honore.

Je suis décidé à limiter mon action aux questions d'enseignement ou d'organisation professionnelle; cela suffit amplement à employer l'activité et le temps dont je dispose. Permettez-moi donc de vous laisser, à vous qui prenez l'initiative de cette nouvelle campagne, tout l'honneur qu'elle peut comporter.

Veuillez agréer, Monsieur et honoré confrère, l'assurance de mes sentiments confraternels.

Dr Ch. Godon.



Palmes académiques.

A l'occasion de l'inauguration de l'exposition internationale d'alimentation et d'hygiène, sous la présidence du Ministre du Commerce, de l'Industrie, des Postes et des Télégraphes et par arrêté du Ministre de l'Instruction publique et des Beaux-Arts, en date du 9 avril 1903, M. Lefèvre (Eugène-Augustin-François), chirurgien-dentiste à Parthenay a été nommé officier d'Académie.

Nous adressons nos félicitations à notre confrère.

E. P.

Union dentaire italienne.

Il s'est constitué à Rome une Société de chirurgiens-dentistes sous le nom d'*Union dentaire italienne* et sous la présidence de M. A. Bargnoni M. C. D. Cette société a pour but de défendre les intérêts matériels et moraux de ses membres, de développer l'enseignement de l'art dentaire en Italie et de soulager l'humanité souffrante. Son siège est 23 via Panetteria, Rome.

Fédération dentaire espagnole.

A l'issue du 14e Congrès de médecine de Madrid, une réunion de vingt-cinq dentistes, parmi lesquels les présidents des Sociétés de province, s'est tenue chez M. Subirana, directeur de *La Moderna estomatologia* pour s'occuper de la fédération de ces sociétés.

Après une courte discussion la constitution de la Fédération dentaire espagnole a été décidée et un réglement a été adopté en principe.

Le bureau a été composé ainsi : *président*, M. Aguilar ; *secrétaire*, M. Pons ; *trésorier*, M. Casasnovas.

La première réunion scientifique et administrative aura lieu à Palma.

Un des articles du règlement porte que toutes les décisions prises devront, dans la mesure du possible, s'harmoniser avec celles de la

F. D. I. à laquelle la Fédération espagnole reconnaît un pouvoir souverain dans les questions d'ordre universel, sauf quand il sera reconnu qu'une décision est inapplicable à l'Espagne.

Une jeune pharmacienne.

Mlle Angèle Rousseaux, fille de M. et de Mme Rousseaux, dentistes à Roubaix, vient de subir avec succès ses examens définitifs pour l'obtention du diplôme de pharmacien, *avec mention*.

La propriété des photographies.

Une maison dentaire publiait, dans ses prospectus, la photographie de Mlle X, artiste lyrique, représentée avec des dents de première classe.

Cela ne fit pas l'affaire de l'actrice. Elle assigna la maison dentaire devant la cinquième chambre civile, et, hier, le tribunal a condamné celle-ci à 1.000 fr. de dommages-intérêts ; en outre, il a dit qu'elle aurait à payer 25 fr. par chaque contravention désormais constatée.

Société coopérative des Dentistes de France.

Conformément aux statuts, la Société coopérative procédera dans les premiers jours de juillet à son inventaire semestriel en vue de la répartition de bénéfices à effectuer pour le 1er semestre 1903. A la suite de cet inventaire et en raison de l'accroissement du fonds de réserve légal, les actions prendront une plus-value nouvelle. Ceux de nos confrères qui, pour adhérer à la Société, veulent encore profiter du cours actuel des titres, doivent adresser leurs demandes *avant le 30 juin* à M. le Président de la Société coopérative des Dentistes de France, 45, rue de La Tour-d'Auvergne, à Paris-9e.

La valeur nominale de l'action est de 100 fr. Sur laquelle une somme de 25 fr. seule a été appelée.

23e ANNÉE. N° 11 15 JUIN 1903 VOL. XXIX



L'Odontologie **est une TRIBUNE LIBRE, où toutes les opinions peuvent se produire ; les signataires gardent l'entière responsabilité de leurs appréciations.**

LE XIVe CONGRÈS INTERNATIONAL DE MÉDECINE

Compte rendu de la Section d'Odontologie.

Les Rapports.

DE LA PROTHÈSE BUCCO-FACIALE ET DU SQUELETTE

Rapport par le Dr Claude Martin, de Lyon.

Il convient de mentionner en premier lieu et d'une façon toute spéciale le rapport de M. Claude Martin, qui est assurément le plus complet et le plus étudié de tous les rapports présentés au Congrès. Son auteur a dû y consacrer un temps fort long, et ce document représente un travail considérable. Ce rapport, imprimé sous forme d'un volume de 120 pages, restera l'ouvrage à consulter pour le choix des appareils de prothèse restauratrice et chirurgicale, car Martin, après avoir étudié les différents appareils employés dans chaque cas, commente leurs avantages et leurs inconvénients, signale leurs indications et conclut en faisant connaître l'appareil qui, d'une manière générale, lui paraît devoir être choisi.

Quand on a lu un rapport de cette importance, on ne peut que déplorer qu'il ait été discuté sans préparation par les congressistes, qui en avaient entendu seulement une lecture très rapide, ne l'avaient pas étudié à l'avance et ne pouvaient présenter ainsi que des observations n'ayant pas la portée qu'elles devaient avoir.

D'autre part, le temps consacré à cette discussion a été absolument insuffisant. Pour que celle-ci eût été profitable, il aurait fallu publier

et distribuer à l'avance les conclusions, consacrer à la discussion le temps employé à la lecture très écourtée qui a été faite de ce document et qui n'en a donné qu'une idée inexacte, enfin laisser à cette discussion toute l'ampleur qu'elle comportait. En entendant seulement des fragments de cet *ouvrage,* personne n'a pu se rendre compte de sa valeur et du grand travail qu'il représente.

Dans ce rapport M. Martin ne s'occupe que de la prothèse qui est du domaine du dentiste et il n'étudie que les appareils de prothèse chirurgicale imaginés et appliqués par des dentistes. L'auteur a donc divisé son travail en dix-sept chapitres qui comprennent : le nez, les oreilles, la région orbito-oculaire, la langue, les lèvres, les obturateurs, le pharynx, le larynx, le maxillaire inférieur, le maxillaire supérieur, les restaurations faciales, les fractures du maxillaire inférieur et la prothèse interne.

Nous parcourrons successivement chacun des chapitres du rapport, tout en regrettant de n'en pouvoir donner qu'un très court résumé.

Prothèse du nez.

Pour le nez M. Martin distingue trois procédés de restauration :

1° La méthode autoplastique ;

2° La prothèse simple ;

3° La prothèse combinée aux opérations plastiques.

La première est du domaine du chirurgien et est assez souvent suivie d'échecs à cause de l'absence de support des lambeaux. Quant à l'autoplastie osseuse, elle n'a pas encore donné de résultats bien sérieux.

La seconde s'occupe des nez artificiels.

La confection d'un nez artificiel nécessite le moulage de la face entière du sujet et le modelage sur ce moulage, avec de la terre glaise, d'un nez qui s'harmonise le mieux possible avec le reste de la physionomie.

Les substances de choix à employer pour cette confection sont le caoutchouc dur, seul ou combiné avec du caoutchouc mou sur les bords. Les pièces ainsi faites sont solides, légères et la peinture y adhère fortement. Toutefois, le caoutchouc mou exige de l'épaisseur, il a, par suite, trop de poids et la fabrication est plus délicate.

Sous le rapport de l'esthétique les nez en porcelaine donnent les meilleurs résultats.

Les moyens de fixation des nez, un des points les plus intéressants et les plus difficiles de ces appareils, sont au nombre de quatre :

1° Les procédés externes, tels que lunettes, ressorts contournant le crâne, courroies coloriées, employés désormais quand tout autre procédé est impraticable ;

2° L'utilisation des fosses nasales. On se sert dans ce cas de tiges

ou de ressorts prenant leur point d'appui sur les parois externes des fosses nasales, supérieures ou inférieures. Le poids du nez, qui est très léger, et la pression des ressorts, qui est très faible, offrent des indications pour l'application de ce procédé ;

3° L'utilisation des dents de la mâchoire supérieure. Ce moyen est indiqué quand la lèvre supérieure a disparu en même temps que le nez. Une pièce palatine supérieure est fixée aux dents et porte une tige verticale passant devant l'épine nasale antérieure. Sur l'extrémité de cette tige sont montés le nez et la lèvre artificiels qui dissimulent l'appareil.

Si la lèvre supérieure est intacte, on perfore le cul-de-sac gingivo-labial jusque dans les fosses nasales, puis on fait passer par cet orifice la tige de maintien qui fait saillie à 1 ou 2 centimètres, dans les fosses nasales, en passant à côté de l'épine nasale antérieure. On fixe ensuite le nez comme si cet organe était monté sur un obturateur palatin ;

4° L'emploi d'un obturateur palatin. Ce moyen est le meilleur et donne le point d'appui le plus solide, mais il ne peut être employé que si une perforation palatine fait communiquer la bouche et les fosses nasales. Il est essentiel que cette fixation ne soit pas rigide, autrement elle immobiliserait le nez artificiel dans une position donnée.

M. Martin préfère monter le nez sur une articulation sphérique, mobile dans tous les sens, puis sur une tige métallique munie d'un ressort à boudin susceptible de s'allonger sous l'influence d'une traction, pour ramener ensuite le nez à sa position première.

Redressement du nez : Procédé de redressement brusque. — Ce procédé a l'avantage de rétablir immédiatement la forme du nez, mais c'est un traitement absolument chirurgical et, si la prothèse intervient, ce n'est que d'une manière secondaire, et seulement sous forme d'appareils destinés à maintenir le résultat acquis. C'est la méthode qui convient si le sujet est adulte.

La plus grande difficulté avec les appareils ou procédés employés consiste dans le choix d'un point d'appui solide. La préférence doit être donnée aux moyens de contention à surfaces étroites ; le moulage de la face postérieure du nez peut être supprimé, car il est inutile.

Procédé de redressement lent. — Avec ce procédé, contrairement au précédent, la prothèse agit seule ; mais, comme conséquence, le traitement est lent. C'est cependant une méthode précieuse. Les appareils déjà connus et décrits par l'auteur agissent à l'aide de ressorts dont la force doit surtout être calculée de façon à ne jamais rendre le port de l'appareil douloureux. Ces appareils présentent deux inconvénients : ils agissent très lentement et le ressort antérieur est visible à l'extérieur sous la cloison.

Rhinosplastie sur charpente métallique. — Dans cette méthode le défaut de soutien du lambeau est l'écueil principal. Après avoir passé en revue les appareils employés jusqu'à ce jour, Martin déclare avoir placé quinze charpentes métalliques sous lambeau frontal simple et avoir obtenu le plus souvent de bons résultats. Certains de ses malades, qui en sont porteurs depuis quinze ans, peuvent faire voir que le résultat est encore excellent aujourd'hui. Quel que soit l'appareil employé, la chose essentielle et *absolument nécessaire*, c'est que l'appareil soit fixé solidement dans les os sans qu'aucun mouvement soit possible. L'immobilité parfaite est la condition *sine qua non* de la tolérance de l'os pour l'appareil.

Comme on le voit, ce chapitre est complet. La seule critique qu'on puisse adresser à l'auteur, c'est d'avoir passé sous silence, dans l'étude des substances employées pour la confection des nez artificiels, le caoutchouc mou spécial dont se sert Delair pour ce genre d'appareils. Ce caoutchouc en raison des résultats que nous avons constatés sur les malades, nous paraît cependant digne d'être signalé.

Prothèse de l'oreille.

Au point de vue du choix de la substance, la préférence doit être donnée au caoutchouc à cause de l'altération du celluloïd et du poids considérable de la céramique. Comme dans la plupart des prothèses chirurgicales, l'intérêt de celle-ci réside surtout dans le mode de contention.

Deux cas peuvent se présenter : 1° le pavillon a disparu ; 2° il reste une partie de l'oreille.

Dans le premier cas, la tige d'acier qui sert de maintien à l'appareil doit partir de l'oreille, monter verticalement sur la tête et comporter un prolongement pénétrant dans le conduit auditif externe.

Dans le deuxième cas, le rudiment d'oreille forme moignon et ce moignon est d'un grand secours. Il peut être perforé de manière à donner passage à un ressort, ou bien emprisonné dans l'oreille artificielle ou simplement introduit dans la concavité de l'appareil.

Prothèse de la région orbito-oculaire.

Bien que le globle oculaire ne soit pas du domaine du dentiste, les lésions des paupières ou de l'orbite peuvent l'intéresser. Dans ce chapitre l'auteur décrit plusieurs appareils pour ce genre de restauration. Le dernier appareil étudié comprend un mécanisme spécial du plus grand intérêt, qui permet à l'œil et à la paupière supérieure certains mouvements rendant l'illusion plus complète.

Prothèse de la langue.

La mobilité et la souplesse de cet organe font que son remplace-

ment prothétique est très difficile. Aussi très peu d'appareils ont-ils été imaginés pour essayer d'atteindre le but. Le seul appareil connu est celui de Martin en caoutchouc mou, dissous et creux, prenant point d'appui sur le maxillaire inférieur. Cette prothèse, presque impossible à réaliser au point de vue fonctionnel, a cependant donné des résultats appréciables : la salivation, la mastication et la déglutition étaient considérablement améliorées, ainsi que l'usage de la parole.

Prothèse des lèvres.

Il convient de faire pour ces organes la même remarque que pour le précédent. Leur mobilité constitue, au point de vue de leur restauration, un obstacle qu'il faut vaincre, si l'on veut leur donner la souplesse et la mobilité indispensables au jeu de la physionomie. On a rarement l'occasion de remplacer ces organes seulement ; dans l'immense majorité des cas leur restauration se combine à la prothèse du nez, des maxillaires, de la voûte palatine ou de la joue. Les substances employées sont la porcelaine et le caoutchouc mou plein ; l'absence de mobilité de la porcelaine et la mobilité insuffisante du caoutchouc mou plein ont déterminé Martin à préconiser théoriquement pour la confection de la lèvre le caoutchouc mou, mais creux et gonflé, sans tension, avec de l'eau. Nous disons *théoriquement*, car l'auteur n'a pu encore appliquer son procédé. La base de la lèvre en caoutchouc dur présente à sa partie la moins visible un petit orifice par lequel on gonfle la cavité avec de l'eau, sans toutefois la remplir complètement et en laissant un peu de vide. Ce procédé aurait pour avantage de permettre à l'organe de se déformer sous l'influence d'une pression exercée sur une de ses parties, lui donnant ainsi un aspect plus naturel. De plus, l'occlusion des lèvres serait plus parfaite et la prononciation y gagnerait considérablement.

Obturateurs.

Les procédés chirurgicaux sont immédiatement mis de côté sans discussion dans ce chapitre, qui est divisé naturellement en deux parties : l'une, très courte, très succincte, a trait aux pertes de substance de la voûte palatine acquises ; l'autre, aux pertes de substance de la voûte palatine congénitales. Pour les raisons que tout le monde connaît, l'auteur considère que les premières n'offrent aucune difficulté de traitement, qu'il suffit de rétablir les conditions mécaniques et d'obturer la communication entre la bouche et la cavité naso-pharyngienne pour que les troubles fonctionnels disparaissent.

Nous regrettons néanmoins que Martin n'ait pas cru devoir signaler les conditions que doivent remplir ces appareils, ni mentionner la tendance qu'ont les pertes de substance de peu d'étendue à se com-

bler spontanément dans ce cas ; cette tendance oblige, en effet, le dentiste à combiner ces appareils de manière à obturer simplement les cavités et à s'adapter seulement au pourtour de la perforation.

Mais, la deuxième partie du chapitre, qui concerne les perforations congénitales, est largement et longuement traitée. Elle débute par l'étude des causes pour lesquelles les pertes de substance offrent des difficultés complexes et le rétablissement mécanique des organes ne permet pas d'obtenir des résultats comparables à ceux constatés avec les perforations acquises. Ensuite vient la description des appareils employés depuis le siècle dernier. L'auteur cite Delabarre en 1820. Snell en 1823, Stearn et Schange en 1840, pour s'arrêter quelques instants aux appareils de Kingsley et de Préterre (1864). Il arrive enfin aux appareils plus modernes de Koelliker, de Zurich, et s'étend longuement sur l'obturateur de l'Allemand Suersen, qui bouleverse tous les principes antérieurs en changeant la forme et la disposition des obturateurs. Martin déclare avoir eu satisfaction dans les cas où il s'est servi de cet appareil, qui est très facile à construire, solide, de longue durée et d'un prix de revient très modique. Il étudie successivement les progrès apportés depuis cette époque aux obturateurs par Schiltsky, Krouschoff, Heinrich Brugger, Guerini, et enfin les obturateurs de Delair et de C. S. Case.

Il relate toutes les phases par lesquelles a passé son ingéniosité et décrit les différents obturateurs qui en sont résultés : appareils à voile mou et à ampoule moulée sur la partie postérieure du pharynx, appareils à poches d'eau, appareils à volets en caoutchouc dur, mais creux, enfin le dernier appareil, qui est d'une seule pièce, rigide comme celui de Suersen, mais qui comporte à sa partie postérieure une simple lame de caoutchouc de 2 millim. prenant contact avec la paroi pharyngienne, au lieu de la base cubique de Suersen. Martin conclut que tous les appareils sont bons, que tous ont donné de bons résultats, à la condition essentielle que leur pose soit suivie d'une éducation orthophonique intensive, comme l'ont préconisé Préterre, Brugger et Delair.

Prothèse de la cavité pharyngienne.

Bien que la cavité pharyngienne ne nous offre pas l'occasion d'appliquer la prothèse de remplacement, Martin a utilisé dans deux cas différents une prothèse dite de contention qui a pour but :

1° Soit d'agir activement sur les tissus cicatriciels ;

2° Soit de maintenir les résultats obtenus par une opération sanglante.

Il est intervenu un certain nombre de fois pour un traitement de ce genre et il cite deux cas : l'un où il s'agissait de combattre le

rétrécissement du pharynx inférieur, l'autre où il fallait combattre l'adhérence cicatricielle du voile du palais à la paroi pharyngienne.

Prothèse du larynx.

Après avoir rendu hommage à Billroth, qui le premier pratiqua l'ablation totale du larynx, l'auteur constate qu'une part de reconnaissance doit aller vers Gussenbauer, qui essaya de compléter la tentative de son maître, en imaginant le premier larynx artificiel qui ait été substitué à l'organe enlevé. Il décrit l'appareil de Von Bruns (1881) et énumère ceux de Foulis, de Labbé et Cadier, d'Aubry, d'Hochenegg, Gluck et Stork. Ces appareils, sauf celui de Von Bruns, sont, d'après lui, plutôt des mâchoires à parler que de véritables larynx artificiels et ne présentent aucun perfectionnement sur ceux de Gussenbauer.

Julius Wolff, en 1892, réalisa un grand progrès en empêchant presque complètement la pénétration des mucosités et de la salive dans l'appareil, perfectionnement qui permettait le fonctionnement pendant un temps beaucoup plus considérable, à la condition d'utiliser pendant les repas le bouchon de Von Bruns.

Dans le larynx artificiel présenté il y a quelques années à l'Académie de médecine, Martin a supprimé complètement ce bouchon et son malade pouvait ainsi parler pendant le repas.

Un premier appareil temporaire, véritable prothèse immédiate, du larynx, fut mis en place aussitôt après l'opération.

La cicatrisation terminée, il place l'appareil définitif constitué par :

1° Une canule trachéale sur laquelle est fixé l'appareil phonateur au moyen d'un anneau dans lequel passe cette canule ;

1° L'appareil phonateur, formé de trois parties :

a) Une caisse de résonnance, à peu près de volume normal, aplatie d'avant en arrière et fermée par en haut au moyen d'une toile métallique.

b) Une anche vibrante montée sur un tube métallique qui porte sur ses faces antérieures des volets de caoutchouc formant soupapes s'ouvrant pendant l'inspiration et se fermant dans l'expiration. L'anche vibrante est constituée par un tube de caoutchouc mince, aplati dans le sens antéro-postérieur et limitant à son extrémité supérieure une fente transversale de 25 mm. de longueur.

c) Un tube œsophagien, qui se détache de la partie postérieure de la caisse de résonnance et qui descend dans l'œsophage. A sa partie inférieure ce tube est fendu en un double bec de flûte, qui fait valvule et s'oppose au passage des liquides dans ce larynx artificiel.

Grâce à ces perfectionnements, le malade peut respirer largement

par la bouche et le nez, il peut également boire et manger sans toucher à son appareil et parler pendant le repas, la trachée étant à l'abri de toute pénétration de corps étrangers.

L'auteur ajoute que la période de perfectionnement est loin d'être terminée et que les recherches qu'il a faites sur ce sujet, en collaboration avec son fils, sont des plus encourageantes, non seulement en ce qui concerne l'appareil lui-même, mais encore quant à la possibilité de changer la tonalité.

Prothèse des maxillaires.

Ce chapitre, qui est le plus important, est divisé en deux parties : prothèse du maxillaire inférieur et prothèse du maxillaire supérieur.

Prothèse du maxillaire inférieur.

Dans cette première partie, l'auteur, après avoir rappelé les troubles consécutifs à l'ablation de la totalité ou d'une partie du maxillaire inférieur, envisage les deux méthodes en présence qu'il qualifie : l'une, de *prothèse de remplacement,* pouvant être appliquée tout de suite après l'opération (prothèse immédiate), ou au bout d'un certain temps, soit avant, soit après la guérison (prothèse secondaire) ; l'autre, de *prothèse de réduction et de contention,* destinée seulement à empêcher ou à corriger la déviation des fragments : cette dernière peut être employée seule ou, ce qui est le plus fréquent, combinée aux appareils de remplacement.

Prothèse de contention. — Martin étudie et discute les appareils de Sauer (plan incliné fixé latéralement aux dents des fragments restants), de M[lle] Rosenthal (appareil comportant une tige et un tube à frottement se rapprochant de l'appareil à ailettes de Martin). Il décrit ses appareils : le premier, dit à ailettes, comprend un appareil supérieur et un appareil inférieur munis de lames quadrangulaires appliquées contre la face externe des dents et qui, glissant l'une contre l'autre, empêchent le déplacement du fragment en dedans ; le second est un appareil externe qu'il appliqua en 1876. Il fait agir la traction élastique en reliant une gouttière buccale à une tige métallique externe fixée à une couronne en tôle garnie de flanelle. Le rapporteur donne la préférence à ce dernier appareil pour les raisons suivantes : il est simple et facile à construire, il n'agit pas sur les dents de la mâchoire opposée, et il est d'une efficacité très grande.

Prothèse de remplacement. — Elle est divisée en :

Prothèse antéro-opératoire.

Prothèse immédiate.

Prothèse secondaire.

La prothèse antéro-opératoire convient aux cas où l'on ne peut faire usage de la prothèse immédiate. Elle consiste dans l'application, avant l'opération, d'un appareil à ailettes permettant au malade de mastiquer après l'opération, en s'opposant à la déviation des fragments et en maintenant les dents du fragment restant en rapports avec celles du maxillaire supérieur. Il y a, malgré l'application de cet appareil, une déformation de la région opérée qu'il est ensuite nécessaire de corriger.

La prothèse immédiate est plus généralement connue. Martin expose longuement ses essais et décrit minutieusement sa méthode, en insistant particulièrement sur les nouveaux moyens d'attache (croisement en x des plaquettes de fixation externe), qui empêchent les déplacements en hauteur. Il insiste sur la nécessité, reconnue par lui et par certains prothésistes, de retirer l'appareil primitif dès que la suture est solide, c'est-à-dire deux à quatre semaines après l'opération. Il mentionne d'une manière spéciale l'application de la prothèse immédiate après les interventions pour nécrose du maxillaire inférieur, dans lesquelles il faut tenir compte de ce fait, qui a une importance capitale, que la gaîne périostique, ordinairement intacte, régénère secondairement et du moins en partie la portion d'os disparue.

Ce fait implique la nécessité de réduire peu à peu le volume de la prothèse définitive au fur et à mesure que se produit la régénération osseuse.

Martin entre ensuite dans la discussion des critiques adressées à sa méthode. Il répond d'abord à la principale : le reproche d'oser placer au sein même des tissus cruentés un volumineux corps étranger ; puis il passe aux critiques de détail : volume de l'appareil, antisepsie impraticable, lavages précoces favorisant les hémorragies secondaires, moyens de fixation des appareils.

Il aborde enfin le grief le plus grave adressé à ses appareils : ils favoriseraient la récidive des tumeurs ayant nécessité la résection. Il termine ce chapitre en passant en revue les principaux appareils employés jusqu'à ce jour, et successivement il étudie les appareils de Sauer, de Hahl, de Bœnecken, de Tenison-Lyons, de Warnekros, de Michaels, de Haussmann, de Partsch, de Stoppany, de Fritzsche. Les récents appareils en porcelaine dure de Delair et en gomme dure de H. Schœder terminent cette étude remarquable.

Prothèse secondaire. — Cette méthode est appliquée un certain temps après l'opération, soit avant que la cicatrisation soit complète (prothèse médiate), soit lorsque cette période est terminée. Elle est pratiquée fréquemment en Allemagne, où les appareils ne sont placés souvent que quinze ou vingt jours après l'opération.

Préterre et Fowler semblent être les premiers dentistes qui aient

cherché à remédier aux altérations fonctionnelles sans se soucier du déplacement des fragments. Tout le monde connaît les appareils se composant d'une arcade dentaire artificielle placée en dehors du fragment ou des fragments déviés et s'articulant avec les dents du maxillaire opposé :

Kingsley, Suersen, Sauer, se sont préoccupés, en même temps qu'ils restauraient les pertes de substance, de corriger la déviation des fragments.

Envisagée à ce double point de vue, la prothèse secondaire nécessite deux temps :

1° La réduction du fragment ou des fragments qu'on ramène à leur position normale ;

2° La pose de l'appareil définitif.

Dans le premier temps les appareils redresseurs décrits précédemment suffisent, mais il y a lieu de craindre les déviations secondaires et, pour les éviter, les appareils définitifs devront comporter des ailettes.

Dans le deuxième temps, il faut combattre par des pressions continues les déformations produites par le tissu cicatriciel. Les appareils lourds en étain et les appareils à refoulement, c'est-à-dire à volume extensible, sont ensuite décrits et étudiés.

L'auteur termine en donnant la préférence à la prothèse immédiate, qui lui semble préférable à la prothèse anté-opératoire et à la prothèse secondaire. Les appareils qu'il préconise sont les siens, ceux de Fritzsche et de Delair, parce qu'ils répondent comme étendue et comme volume à la portion d'os enlevée.

Les principes qui dominent la construction des appareils de prothèse immédiate sont ainsi énumérés :

« 1° Une pièce de prothèse immédiate doit être faite de manière à pouvoir être appliquée dans tous les cas ;

2° Elle doit répondre en étendue et en volume à la portion d'os enlevée ;

3° Elle doit être fixée de manière à ne pouvoir se déplacer spontanément, mais, par contre, de manière à pouvoir être enlevée facilement en cas de besoin ;

4° Elle doit être faite aussi compacte qu'il est possible, facile à aseptiser et suffisamment résistante pour s'opposer à la traction musculaire et à la rétraction cicatricielle ;

5° La substance constituante doit être tolérée par les tissus et inattaquable par les sécrétions ;

6° L'appareil doit être modifié rapidement au moment de l'opération, pour que sa mise en place n'exige pas trop de temps ;

7° L'appareil provisoire en place doit permettre de prendre une empreinte suffisante pour la prothèse définitive. »

Prothèse du maxillaire supérieur.

Après avoir fait remarquer les conditions anatomiques différentes pour les deux maxillaires, la difficulté causée par les déviations dues à la mobilité du maxiliaire inférieur et les troubles fonctionnels qu'entraîne la communication entre la cavité buccale, les fosses nasales et le pharynx, Martin montre l'importance de l'intervention prothétique chez les malades qui présentent ces conditions. Il décrit ensuite ses appareils de prothèse immédiate destinés au maxillaire inférieur. Il entre dans les détails de la prise de l'empreinte indispensable à la confection des appareils définitifs.

Dans les cas où, comme en Allemagne, la prothèse n'est appliquée que quelques jours après l'opération, les appareils à refoulement à l'aide de gutta-percha appliquée à la partie externe de l'appareil peuvent être avantageusement employés, mais si l'on attend trop longtemps avant de poser l'appareil, il est alors indispensable de recourir à son appareil à refoulement à l'aide d'une plaque de caoutchouc dur agissant sur le bourrelet cicatriciel, grâce à l'action d'un ressort prenant son point d'appui sur la pièce palatine.

Nous adresserons à l'auteur deux critiques, qui nous paraissent importantes, sur ce chapitre de la prothèse des maxillaires : il a donné, suivant nous, trop peu d'étendue à la prothèse médiate comparativement à la prothèse immédiate.

Sans vouloir ouvrir un débat sur la valeur de la seconde, sans reprocher à Martin de l'avoir étudiée à fond, d'avoir reproduit les critiques formulées par certains auteurs contre ses appareils et d'y avoir longuement répondu, nous constaterons simplement qu'il lui a donné une place si prépondérante que la prothèse médiate à été forcément négligée. A notre avis, c'est là une lacune, car cette dernière devrait occuper dans un rapport semblable la place à laquelle elle a droit de par sa valeur et son efficacité et de par le grand nombre de cas où elle peut être appliquée de préférence à la prothèse immédiate.

Nous estimons également qu'il a insuffisamment développé la partie clinique de ce chapitre. Tout ce qui concerne les appareils est certes digne de lui : c'est clair, complet, et l'on sent l'éminent praticien sur son véritable terrain lorsqu'il décrit, discute ou préconise tels ou tels appareils ; mais nous lui aurions été reconnaissant de nous fournir, sur les différentes prothèses, des indications précises pour un certain nombre de cas pris comme types, qui auraient permis aux confrères qui suivent ses travaux avec le plus grand intérêt de se tracer une ligne de conduite quant à la nature de leur intervention dans la majorité des cas qui se présentent. Quand la prothèse immédiate est-elle préférable et quand la prothèse secondaire doit-elle

être appliquée ? La grande compétence de l'auteur, ses nombreuses interventions le mettent à même de donner à cet égard des conseils indispensables pour le succès des méthodes qu'il préconise.

Maintenant que, grâce à lui, les dentistes se familiarisent avec les appareils de ce genre, il leur reste à connaître les véritables indications et contre-indications de ses méthodes. Comme prothésiste, Martin a fait une œuvre que nous considérons comme parfaite; comme clinicien, il doit la couronner par la diffusion de ses connaissances, acquises par toute une vie de travail, dans la voie qu'il a si brillamment tracée et qui lui a valu son indiscutable notoriété.

Restaurations de la face.

La grande diversité des cas de ce genre, le grand nombre d'appareils imaginés pour y remédier, ne permettent guère d'établir de méthode pour les traitements de ce genre.

Il est toutefois un certain nombre de principes dont on ne doit pas se départir pour obtenir de bons résultats ; le premier peut être ainsi défini : toutes les fois que les cavités de la face ont été intéressées et ouvertes et qu'elles offrent une perte de substance, on doit chercher à les obturer le plus complètement possible, en ne laissant d'autre vide que l'espace anatomique normal nécessaire à l'accomplissement des fonctions physiologiques. Ce principe a pour conséquence la nécessité de construire des appareils volumineux. Ces derniers doivent donc être légers. Pour répondre à cette qualité de légèreté, la substance de choix est le caoutchouc.

Martin signale les appareils primitifs de Delalain, puis ceux de Lecaudey, de Dejardin, de Préterre et de Goldenstein, enfin les appareils plus modernes imaginés par Gunning, Kingsley, Haymann, Michaëls et Ronnet.

Comme type il décrit un appareil qu'il confectionna pour un grand délabrement de la face et qui lui donna toute satisfaction.

Prothèse dans les fractures du maxillaire inférieur.

Le rapporteur débute par cette appréciation générale : les bons résultats obtenus par les auteurs d'appareils ont pour causes principales la patience, l'attention, la surveillance étroite et les soins assidus qu'ils ont personnellement apportés à l'application de leur appareil.

La grande difficulté de la réduction et de la contention des fractures du maxillaire inférieur réside dans la mobilité extrême des fragments et dans l'absence d'un point d'appui solide pour maintenir l'appareil.

Depuis que Martin a appliqué son nouveau traitement par *l'attitude bouche ouverte,* il n'éprouve plus aucune difficulté et les résultats ont toujours été bons. La réduction des fragments se fait

pour ainsi dire toute seule et il suffit de maintenir cette position pour que le déplacement ne se reproduise plus.

Il n'a conservé de son appareil bien connu que la gouttière en caoutchouc dur et la mentonnière élastique, qu'il place lorsque la réduction s'est opérée spontanément par l'abaissement des fragments postérieurs sous l'influence des coins de bois ou de liège introduits entre les deux mâchoires au niveau des grosses molaires. Le malade ne doit quitter les coins que pour les repas et doit les garder jour et nuit.

Le principe de sa méthode est celui-ci : « La base essentielle du traitement est la suppression complète de toute mobilisation du fragment, par l'attitude bouche ouverte. Celle-ci, en effet, annihile, de façon absolue, les actions musculaires et toute la tendance au déplacement disparaît définitivement. »

L'auteur témoigne une telle confiance dans son nouveau traitement qu'elle semble l'autoriser à ne plus s'occuper des anciens appareils. Nous n'avons pas encore pu appliquer cette méthode et nous ne pouvons nous prononcer catégoriquement sur sa valeur. Nous estimons toutefois que, si elle donne de bons résultats, entre les mains de confrères autres que Martin nous verrons disparaître avec plaisir les anciens appareils, dont aucun, sauf la gouttière simple, n'était vraiment facile à construire et à appliquer. Nous nous demandons cependant pourquoi Martin préfère le caoutchouc pour la construction de la gouttière qu'il emploie désormais; celle-ci est ainsi forcément plus volumineuse et plus encombrante dans la bouche et en même temps moins facilement stérilisable que si elle était fabriquée en métal. Ce sont là des inconvénients qui rendent le caoutchouc inférieur au métal pour cet usage.

Prothèse interne.

Sous ce titre l'auteur étudie une variété de prothèse très peu employée encore, qui consiste à remplacer prothétiquement des pertes de substance du squelette à l'aide d'appareils définitivement enfouis dans les tissus et qui doivent remplir les principales conditions suivantes :

1° Offrir la plus petite surface possible ;

2° Être parfaitement stérilisables ;

3° Être assez solidement fixés aux os pour que leur mobilisation soit impossible.

La première tentative dans ce genre de prothèse remonte à 1877 ; Martin mentionne ensuite les autres applications du procédé postérieures à cette année ; il signale les observations de Gluck au Congrès de Berlin, les appareils de Warnekros pour le maxillaire inférieur et il relate la mémorable intervention de Michaëls sur un malade

de Péan en 1894, pour un remplacement du tiers supérieur de l'humérus, y compris l'articulation, que Péan avait dû réséquer. Nos confrères qui assistaient au Congrès de 1900 doivent se rappeler le grand succès qu'obtint Michaëls en présentant son malade avec les résultats, six ans après l'opération.

Martin décrit ensuite ses nouveaux appareils, qui jouent désormais le rôle de *tuteurs* destinés à aider la réédification osseuse ou à la guider et à la modeler, et il détaille ses expériences.

Ce chapitre se termine par le paragraphe suivant que nous nous faisons un véritable plaisir de citer textuellement : « Ce dernier chapitre semble nous avoir entraîné bien loin de notre domaine, mais le dentiste est et doit être un prothésiste, et tout ce qui est prothèse est de son ressort. C'est le champ ouvert à sa science et à son ingéniosité. Aussi ai-je été particulièrement heureux de lui donner tout le développement que peut comprendre le cadre forcément étroit d'un rapport. Le simple exposé que j'en ai fait montre que la prothèse chirurgicale pourrait, à elle seule, constituer une spécialité dans notre profession.

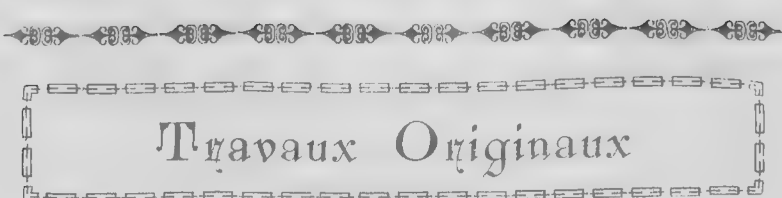
« Tout le monde, à l'heure actuelle, reconnaît son importance et, si les chirurgiens n'utilisent pas de façon constante les ressources qu'elle peut offrir, c'est qu'ils ne les connaissent pas toutes, et que souvent ils n'ont pas, dans leur entourage, d'aide ou de collaborateur pour les éclairer. Or, le dentiste, en tant que prothésiste, est tout désigné pour cette collaboration, que je souhaite de voir, à l'avenir, plus fréquente et plus étroite. »

C'est aussi notre sentiment ; mais pour que les chirurgiens puissent trouver dans le dentiste le collaborateur éclairé dont parle Martin, il faut que le dentiste soit préparé par ses études à l'emploi de la prothèse chirurgicale telle que l'ont constituée les progrès réalisés jusqu'à ce jour.

C'est pour cela que nous avons plaidé la cause de cette prothèse devant la Commission d'enseignement de la Fédération dentaire internationale et que nous avons eu la satisfaction de faire ajouter au programme des études dentaires une nouvelle branche d'enseignement consacrée spécialement à la prothèse chirurgicale. Le rapport du Dr Martin sera un livre indispensable à cet enseignement.

P. Martinier.

(A suivre.)



UN CAS DE PROTHÈSE SQUELETTIQUE

(Communication faite à la Société d'Odontologie de Paris le 5 mai 1903.)

Par M. L. Delair,
Professeur suppléant à l'École dentaire de Paris.

Il y a quelques jours que, au Congrès international de médecine de Madrid, je me faisais un devoir de dire devant nos confrères du monde entier qu'un des nôtres, un dentiste français, le Dr Cl. Martin de Lyon avait le premier démontré que la fixation d'une pièce de prothèse sur des tissus osseux et musculaires pouvait être facilement tolérée.

Aujourd'hui, au nom de M. le Dr Sebileau, chirurgien des hôpitaux, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, et en mon nom, j'ai l'honneur de vous présenter un sujet opéré par lui de sinusite fronto-maxillaire et muni par moi d'une pièce de prothèse squelettique en or. Cette prothèse appliquée par nous pour la première fois a pour but de restaurer la partie gauche du front.

Vous savez tous, et je ne m'étendrai guère sur ce sujet, que les sinusites maxillaires, assez fréquentes, provoquent parfois la sinusite frontale suppurée dont l'issue est le plus souvent mortelle. Il n'y a guère que six ans que, pour éviter dans ce cas l'infection de la matière cérébrale, deux chirurgiens Kunt et Luc eurent recours : le premier à la large résection de la paroi sinusale antérieure, le second au drainage infundibulo-nasal.

Le sujet que je vous présente a dû subir dans la même séance les trois opérations combinées de Kunt, de Luc et de Sebileau.

L'opéré et mon appareil ayant été présentés par le Dr Sebileau à la Société de Chirurgie et le bulletin de cette

société ayant dans son n° du 5 mai publié *in extenso* sa communication et les avis des Drs Nélaton, Quénu et Tuffier à ce sujet, mon rôle se bornera à vous faire part de mon intervention prothétique.

En 1900 le sujet, âgé aujourd'hui de vingt-six ans, est atteint d'une otite suppurée qui se prolonge neuf mois. En septembre 1901, il souffre de pulpite aiguë de la seconde prémolaire gauche, puis survient une suppuration du sinus maxillaire ; il se plaint de douleurs nasales. En août 1902 se produit un écoulement nasal abondant et nauséabond.

A ce moment se produisent les douleurs frontales qui à partir du 20 janvier 1903 deviennent si intolérables que tout travail devient impossible.

Il est admis à l'hôpital Lariboisière. Une ponction des sinus fronto-maxillaires est faite et il s'en échappe sous pression un pus bien lié et fétide. La deuxième petite molaire est enlevée et le pus s'écoule spontanément sans effort. L'éclairage électrique est effectué et l'on constate une obscurité complète des sinus fronto-maxillaires. Une opération est jugée urgente par M. Sebileau, qui la fait le 4 mars. Cette opération a consisté : 1° en la trépanation totale de la paroi antérieure du sinus frontal avec curettage de toutes les cellules et drainage par l'infundibulum largement ouvert (opération de Kunt-Luc) ; 2° en l'ablation large de toute la paroi antérieure externe du sinus maxillaire depuis la fosse canine jusqu'au niveau de la seconde grosse molaire supérieure et destruction du rempart alvéolaire externe du massif des molaires (opération de Sebileau) ; 3° en l'extraction de la première grosse molaire supérieure, l'application d'un drain dans la fosse nasale par une ouverture pratiquée *ad hoc*, enfin en un pansement compressif. Au bout de quarante-huit heures le drain est enlevé et les jours suivants tout rentre dans l'ordre. La guérison est complète.

Mais à mesure que se produit cette guérison, le malade voit avec chagrin la peau de son front s'enfoncer de plus en plus, ce qui le défigure et, outre la perte de son esthétique, sa mutilation inévitable lui fait craindre, dit-il, de ne pouvoir

reprendre sa profession de garçon de café. Sur ses instances réitérées on lui propose alors de tenter pour la première fois sur lui la reconstitution frontale.

D'après les indications du Dr Sebileau et le tracé qu'il me fait sur le front du sujet en suivant la saillie des arêtes qui limitaient le champ de la trépanation, j'imagine l'appareil que voici, et le jour même j'exécute le modèle en étain de la pièce définitive. Je le soumets à son examen, il l'approuve et décide que la pièce de prothèse en or sera placée quelques jours après afin de me permettre de faire à cet effet le matériel spécial que je vous présente et qui peut servir de modèle, dans l'avenir, au chirurgien-dentiste pour des reconstitutions semblables.

Ce matériel se compose d'abord d'une plaque octogone d'aluminium nickelé de quarante centimètres de large et d'un centimètre d'épaisseur devant servir de plateau-établi et se posant sur un porte-crachoir d'hôpital; sur ce plateau sont fixés une petite enclume d'acier, un tas rond et concave en étain pur, une double cheville d'établi en nickel montée sur une tige allongeable. L'outillage est composé de huit pinces emporte-pièce, perce-trous, à bouts arrondis, coupants; de dix marteaux en bronze ou acier de formes et grosseurs différentes pour le repoussage de la plaque épaisse en or, ces marteaux sont à manche de métal; puis d'emboutissoirs, burins, ciseaux, limes, etc... le tout nickelé et facilement stérilisable à l'étuve, à l'eau bouillante et à la flamme.

Le 2 avril, le Dr Sebileau refait et agrandit la première incision frontale. Ce qui reste de la cavité du sinus est rempli de tissus fibreux auquel la face profonde de la peau adhère. L'incision est faite largement, le périoste est ruginé en dehors au niveau de l'apophyse orbitaire externe et en dedans sur l'os frontal au ras de la ligne médiane afin de permettre l'ajustage de la pièce et de choisir les deux points de fixation de la cloison métallique.

Cette cloison épaisse de huit dixièmes de millimètre est en or à vingt-deux carats; voici les restes de la plaque dans

laquelle elle a été découpée. Elle est légèrement connexe à sa partie antérieure et sa face postérieure est nécessairement concave, ses bords sont emboutis suivant les échancrures de la trépanation. Elle affecte la forme d'un triangle, à angles très arrondis, dont la base verticale haute de 36 m/m. est interne, celle-ci est en contact avec le bord de la ligne médiane du frontal. Le bord inférieur horizontal a 62 m/m. de large, il est légèrement concave pour s'adapter sur la section de l'os en dedans de l'arcade sourcilière. Le bord supérieur est légèrement convexe, il vient obliquement rejoindre le bord horizontal inférieur duquel se détachent, à chaque extrémité et cela sans soudure, deux griffes de 10 m/m. de longueur sur 2 m/m. de largeur. La pièce est ajourée de neuf trous ronds percés à l'emporte-pièce de 8 m/m. de diamètre et de quelques autres plus petits. Outre que ces trous rendent la pièce plus légère, ils auront pour effet de permettre à la peau de les pénétrer et de s'opposer ainsi au déplacement de la pièce dans le cas où se produirait de l'ostéite raréfiante autour des griffes de rétention. Les contours de la plaque cloisonnée ont 6 m/m. de largeur ; trous et bords sont soigneusement arrondis à la lime et polis.

L'opération chirurgicale terminée par le Dr Sebileau, celui-ci appliqua la pièce d'or sur les bords de la trépanation mais elle ne s'y adaptait pas exactement, ce qui d'ailleurs avait été prévu. Je dus réemboutir la plaque, la marteler, ajuster ses bords externes sur les bords internes de la résection avec mon matériel spécial. La grande difficulté fut, dans un champ opératoire restreint, de faire appliquer intimement la plaque d'or sur l'os. Puis je dus modifier la position des griffes et enfin les recourber à angle droit à leur extrémité sur une longueur de 3 m/m. Je perçai dans l'os un trou de 2 m/m. de diamètre sur 3 m/m. de profondeur en face de chaque griffe, c'est-à-dire celui de gauche dans la partie inférieure du frontal au centre et au-dessus de l'os propre du nez, celui de droite à l'extrémité de l'arcade sourcilière sur l'apophyse orbitaire. Dans ces trous, j'introduisis les griffes de la pièce, que je fixai solidement à l'aide

de deux coins d'or de 3 m/m. de longueur enfoncés au marteau. L'extrémité libre de ces coins, recourbée à angle droit, s'appuie sur le bord du trou et l'empêche de s'enfoncer davantage.

Je n'ai pas besoin de vous dire avec quels soins toutes ces manœuvres doivent être faites et surtout à quels raffinements d'antisepsie l'on doit avoir recours pendant l'essayage de la pose.

La pièce une fois fixée, le Dr Sebileau la recouvre par la peau qu'il suture sans laisser de drain, après s'être assuré que l'infundibulum naso-frontal était largement perméable.

Pendant trois ou quatre jours, il y eut un peu d'écoulement séro-sanguin par la fosse nasale, mais aucun phénomène inflammatoire ne se manifesta du côté de la peau.

Huit jours après le pansement compressif était supprimé et les fils de suture enlevés ; c'est à ce moment que fut faite la photographie ci-jointe où se voient les croûtes des sutures. La radiographie du crâne fût prise vingt-cinq jours après la pose de la pièce d'or pour la présentation de l'opéré à la Société de Chirurgie, par M. Sebileau. Sur elle, vous ne voyez qu'une partie de l'appareil parce qu'elle a dû être prise de profil, mais sur le malade lui-même vous pouvez juger de l'étendue totale de la restauration en promenant délicatement vos doigts sur sa peau à travers laquelle vous sentirez la plaque d'or.

Demain l'opéré, complètement guéri, et n'éprouvant plus aucune souffrance du front de l'oreille ou de la mâchoire, quittera l'hôpital Lariboisière ; ses sourcils qui repoussent masqueront bientôt la cicatrice que vous voyez et je suis heureux de pouvoir, à mon tour, présenter ici ce cas unique de prothèse squelettique, en attendant le jour où je pourrai vous en montrer un autre en ce moment en traitement et aussi vous faire part d'expériences spéciales en cours concernant cette prothèse squelettique.

RÉSUMÉ DU MANUEL OPÉRATOIRE DES INJECTIONS DE COCAINE

(Communication à la Société d'Odontologie de Paris, séance du 5 mai 1903.)

Par le Dr Sauvez,

Professeur à l'Ecole dentaire de Paris.
Dentiste des Hôpitaux de Paris,

Je désire simplement, dans cette communication, présenter un résumé du manuel opératoire des injections de cocaïne, en me basant sur une expérience de plus de dix années et en insistant particulièrement sur la question du titre de la solution.

J'ai voulu surtout réagir sur la crainte manifestée contre la cocaïne par des hommes distingués, qui font autorité dans notre spécialité et qui, s'ils étaient écoutés, feraient perdre à nos malades et à nos confrères les avantages d'un médicament merveilleux.

Il y a maintenant douze ans que j'emploie couramment la cocaïne pour toutes les opérations de petite chirurgie dentaire et principalement pour les extractions. J'ai fait ma thèse en 1893 « Sur les meilleurs moyens d'anesthésie à employer en art dentaire » (Th. Paris, 1893) et à ce moment je préconisais pour l'anesthésie générale le bromure d'éthyle et pour l'anesthésie locale la cocaïne et les mélanges de chlorure d'éthyle et de méthyle. Depuis j'ai modifié l'idée que j'avais, étant étudiant, au sujet du bromure d'éthyle et je lui préfère de beaucoup le protoxyde d'azote. Pour l'anesthésie locale je mettais à cette époque la réfrigération et la cocaïne sur un niveau presque parallèle, tout en reconnaissant déjà la supériorité de la cocaïne.

J'avais à ce moment deux ans d'expérience de la cocaïne et j'avais également une certaine crainte de cet alcaloïde, puisque je voyais de divers côtés les plus éminents de mes maîtres dans les hôpitaux la proscrire de parti pris.

A l'heure actuelle dix ans se sont écoulés et j'ai pu par une expérience journalière me rendre compte de l'immense supériorité de la cocaïne sur la réfrigération.

J'ai fait un nombre d'injections très considérables tant dans ma clientèle que dans ma clinique particulière, ainsi que dans les services dentaires des hôpitaux dont je suis chargé (Laënnec-Bichat-Andral) et à l'École dentaire de Paris ; je suis certain de ne pas exagérer en disant que pendant ces dix années, à raison de deux cent cinquante jours au minimum de travail par année, j'ai fait quotidiennement une dizaine d'injections de cocaïne, ce qui représenterait un total de vingt-cinq mille injections ou comme minimum de quinze mille, sans jamais avoir eu non pas même un accident, mais un incident semblant imputable à la cocaïne.

J'ai constamment suivi la technique générale du Dr Reclus en appliquant les connaissances spéciales qu'est forcé d'acquérir un opérateur qui fait dix fois par jour pendant des années la même opération.

C'est cette technique que je vais vous résumer très rapidement dans cette communication.

Mais quel doit être le titre de ces solutions ? Les solutions à titre très élevé, qu'on employait récemment après la découverte de la cocaïne, ont causé à la vérité quelques accidents au sujet desquels il a été mené grand bruit, mais qui ont été commentés et très bien étudiés dans les thèses de Delboscq et d'Auber. Comme toujours, la statistique avait été grossie à plaisir ; mais les choses avaient été poussées si loin qu'aujourd'hui, si les dentistes emploient couramment cet alcaloïde, à la grande satisfaction de leurs malades, le grand public médical lui garde une sourde rancune, assez injustifiée et d'autant plus inexplicable qu'elle n'est fondée que sur quelques cas malheureux dont nous venons de parler.

Le professeur Reclus, si compétent en la matière, se plaint, lui aussi, de cet abandon quand il s'exprime ainsi dans son *Traité sur la cocaïne :* « Malgré mes communications ré-

pétées, je vois avec peine que la cocaïne n'est pas entrée dans la pratique courante ; on lui reproche d'être inefficace et dangereuse ; j'ai fait plus de 7.000 injections de cocaïne dans un but analgésique et je viens en appeler devant vous de cet abandon. »

Les doses employées autrefois étaient considérables ; on allait jusqu'à 1 gramme et 1 gr. 50 ; ce sont là des doses qui n'auraient jamais dû être employées et qu'on ne saurait expliquer que par des erreurs ou une méconnaissance totale de ceux qui l'emploient. Aujourd'hui que l'alcaloïde est mieux connu, cette question peut se résoudre de la façon suivante : « Il faut assez de cocaïne pour anesthésier. » La majorité des dentistes en emploient 2 centigrammes au moins, beaucoup 3 centigrammes, quelques-uns davantage encore. Autrefois nous injections ces mêmes quantités ; mais, après quelques légers accidents, nous nous sommes arrêté à 1 centigramme, après avoir constaté que cette dose très faible nous donnait une anesthésie tout aussi efficace et aussi bonne. Depuis plus de dix ans nous n'injectons jamais plus de 1 centigramme pour une extraction qui se présente normalement, c'est-à-dire dans 95 o/o des cas. Nous attirons donc l'attention du lecteur sur ce fait que la dose de 1 centigramme peut être considérée comme presque toujours suffisante.

Cependant dans certains cas spéciaux, soit pour des extractions multiples, soit pour pratiquer dans la même journée deux extractions en deux points différents de la cavité buccale, soit dans le cas d'ablation de la dent de sagesse inférieure ayant amené des accidents, ainsi que dans les interventions du curettage alvéolaire, nous n'éprouvons aucun scrupule à injecter 2, voire même 3 centigrammes ; et en suivant les principes que nous exposons ultérieurement, nous n'avons jamais eu le moindre accident.

La question du titre de la solution présente donc une grande importance et a été beaucoup commentée et étudiée. Il y a quelques années, le Dr Reclus s'exprimait ainsi : « En ce qui concerne la dilatation, il semble que la solution

de cocaïne ne doit pas être faite à un titre trop élevé. La solution à 5 o/o a été remplacée par une autre à 2 o/o et depuis le mois de juin, époque de la substitution, nous n'avons pas eu le moindre ennui » et plus loin :

« La toxicité de la cocaïne, les dangers qu'elle crée pour l'organisme ne dépendent pas seulement de la quantité totale d'alcaloïde injecté sous la peau, ils dépendent aussi, et dans une très grande mesure, du titre de la solution ; plus elle est faible, plus la cocaïne est diluée et moins les accidents sont à craindre. Pour prendre un exemple, 10 centigrammes de cocaïne au centième, c'est-à-dire noyés dans 10 grammes d'eau, sont infiniment mieux tolérés que les mêmes 10 centigrammes dissous dans 5 grammes d'eau et surtout dans 2 grammes et 1 gramme. » Le problème du titre de la solution pourrait donc se formuler ainsi : il faut assez de cocaïne pour anesthésier ; assez peu d'eau pour éviter l'œdème et limiter la rapidité de la diffusion.

Pratiquement le pouvoir anesthésique baisse lorsque le titre des solutions est inférieur à 1 o/o ; mais l'action resterait-elle la même, on serait obligé avec une solution titrée par exemple à o gr. 50 o/o, ou dont le coefficient du titre serait encore inférieur, d'injecter d'avantage de véhicule ; or, la constitution anatomique de la fibro-muqueuse gingivale et surtout palatine n'y est pas favorable et s'oppose à l'introduction d'une plus grande quantité de liquide. C'est pourquoi la méthode de Schleich, dont le principe est excellent, n'a pas grande valeur comme application pratique en art dentaire. Frappé des inconvénients du titrage élevé des solutions de cocaïne, M. Schleich avait fait des expériences à ce sujet et s'exprimait ainsi : « Par des expériences sur moi-même et sur d'autres personnes, j'ai cherché à déterminer quelle est la plus faible solution de cocaïne capable de produire un effet anesthésique en injections intra-dermiques. Or, j'ai trouvé qu'une solution au 1/5000 donne encore une anesthésie suffisante. Finalement j'ai essayé l'eau distillée et j'ai obtenu également l'anesthésie ; mais l'injection elle-même était douloureuse. » Le principe est parfait, puis-

qu'il tend à diminuer pour l'organisme la dose d'un médicament dont le pouvoir toxique est aussi grand, mais en art dentaire les solutions à 1/1000 sont loin d'avoir un pouvoir anesthésique suffisant ; il serait bien difficile d'injecter autour d'une seule dent, la fibro-muqueuse fût-elle parfaitement saine, le contenu de 3 seringues d'une contenance de 1 cent^3.

Pratiquement et couramment nous croyons qu'on doit s'en tenir aux solutions à 1/100. Toutefois, par un excès de prudence, chez tous les malades de 5 à 12 ans et à partir de 60 ans nous abaissons le titre de la solution à 1/2 o/o et jamais nous n'avons avec des solutions ainsi titrées observé le moindre accident. La quantité d'alcaloïde n'est pas très grande, elle ne peut donc occasionner des troubles dans l'organisme ; elle est suffisante, puisqu'elle donne une anesthésie parfaite ; la quantité à injecter n'est pas énorme ; mais quand on injecte lentement et méthodiquement, le contenu d'une seringue de 1 cent.^{3} devient déjà dans les conditions favorables difficile à injecter autour d'une dent ou d'une racine qui ne détermine pas d'inflammation de la muqueuse voisine.

Nous concluons donc ainsi :

La solution aqueuse faite extemporanément à la dose de 1 centigramme en solution dans 100 grammes d'eau est dans la grande majorité des cas suffisante et donne le maximum d'anesthésie.

I. *Préparation de la solution.* — Très rarement je prépare la solution extemporanément. Le plus souvent, comme j'en emploie journellement plusieurs fois, j'utilise une solution fraîche ne datant que de deux ou trois jours.

II. *Véhicule.* — J'emploie toujours l'eau distillée ; j'ai essayé également d'employer la vaseline, l'oléo-naphtine dont on m'avait vanté les bons effets, mais j'y ai renoncé parce que je n'ai pas constaté une anesthésie meilleure et que, d'autre part, j'ai rencontré dans plusieurs cas un œdème persistant, voire même une induration étendue, surtout dans l'épaisseur de la joue et j'ai vu dans deux cas cette indura-

tion persister plusieurs mois. Enfin il m'a semblé que les plaies produites par les injections et les extractions se guérissaient plus lentement et plus difficilement.

Quantité injectée.

Jamais je n'injecte plus d'un centimètre cube d'une solution au 1/100 pour une extraction qui se présente normalement, c'est-à-dire dans 95 cas pour 100. — 1 centigramme me paraît donc presque toujours suffisant.

Dans certains cas spéciaux et surtout dans les extractions multiples parfois nécessaires, ainsi que dans les extractions de dent de sagesse inférieure ayant amené des accidents, ainsi que dans des cas de curettage alvéolaire, j'ai parfois injecté 3 à 4 centigrammes de cocaïne en solution à 1/100 ou en solution à 1/200, sans jamais avoir eu d'accidents.

Position du malade.

I. Dans les cas où je n'injecte pas plus d'un centigramme de cocaïne en solution au 1/100, c'est-à-dire dans 95 o/o des cas, le malade étant assis sur un fauteuil spécial qui permet la position horizontale absolue, je l'étends le plus possible, autant que le permettent l'opération à effectuer, ses habits (corset, etc.), son émotivité, et je lui fais absorber une tasse de thé ou de café. J'opère à ce moment et je le mets immédiatement, doucement dans l'horizontalité absolue, s'il me paraît le moins du monde incommodé.

Je le laisse dans cette position dix minutes à un quart d'heure. J'attire l'attention sur le fait que la position dont je viens de parler est celle que j'emploie quand je n'injecte qu'un centigramme de cocaïne en solution au 1/100, c'est-à-dire dans 95 o/o des cas. Je n'ai jamais eu le moindre ennui en pratiquant ainsi.

II. Dans les cas où j'injecte plus d'un centigramme de cocaïne en solution au 1/100, c'est-à-dire dans 5 o/o des cas, je couche absolument le malade et je lui défends de se relever. Je conseille dans ce cas l'emploi d'un fauteuil

d'opération spécial qui se manœuvre d'une façon analogue à notre fauteuil et qui peut se mettre facilement dans la position horizontale par des mouvements très doux. Le malade s'asseoit donc sur ce fauteuil, où il n'a aucun effroi, et un instant après il se trouve étendu absolument horizontalement sans secousse.

Ce fauteuil se monte à la hauteur que nous désirons, grâce à une pompe à huile et n'a qu'un pied arrondi, très large. Il peut pivoter sur cet axe pour faciliter l'éclairage du champ opératoire ; il monte et descend par un mouvement lent et sans secousse à la hauteur que nous désirons et est d'une fixité absolue. Il évite l'empoi des tabourets incommodes ou instables qui sont toujours trop hauts ou trop bas.

Je laisse le malade deux à trois heures dans cette position horizontale complète, en lui interdisant absolument de se soulever, même pour cracher, ce qui d'ailleurs est très difficile à obtenir. Je lui fais prendre un léger repas avec une tasse de thé ou de café et je n'ai jamais eu un incident en agissant ainsi.

La difficulté pratique qui est cause de tant d'incidents, consécutifs à l'emploi de la cocaïne chez les dentistes, est la nécessité d'avoir un cabinet spécial et même deux au besoin, uniquement pour les extractions.

Toutefois ces incidents ont été, à mon avis, bien souvent démesurément grossis et il ne faut pas oublier qu'il n'y a pas une spécialité dans laquelle l'anesthésie locale soit plus en honneur que dans la nôtre. C'est d'ailleurs un dentiste qui a découvert l'anesthésie, ce que les chirurgiens méconnaissent parfois. Je vous prie d'excuser cette petite parenthèse ; mais je suis certain qu'il paraîtra très compréhensible qu'il y ait eu plus d'incidents causés par les dentistes, qui font peut-être un millier d'injections de cocaïne par jour dans une ville comme Paris, que par les chirurgiens qui n'en font qu'un nombre extrêmement restreint, beaucoup trop restreint même, puisque la douleur devrait être absolument abolie pour toutes les opérations.

D'ailleurs M. Reclus a fait lui-même justice de ces incidents en les réduisant à leur véritable proportion et, grâce à la campagne qu'il mène avec tant d'activité et de persévérance, les accidents et même les incidents deviennent de plus en plus rares dans notre spécialité.

Instrumentation.

La seringue que j'emploie journellement contient exactement 1 cmc., elle est légère, présente des ailettes latérales, commodes,et la tige du piston sur laquelle s'appuie le pouce est aplatie et large.

Je préfère les aiguilles en acier, dont on doit surveiller la pointe et qui doivent être toujours polies. Ces aiguilles doivent pouvoir se visser sur le corps de pompe, à cause de la force très considérable nécessaire pour pousser une injection dans le derme de la muqueuse. Je n'emploie plus que des aiguilles droites de deux ou trois centimètres de long.

Injection.

Après avoir fait rincer la bouche avec une solution de formol au 1/1000, dont je recommande fortement l'emploi avant et après l'opération, je place un tampon d'ouate imbibé de la solution de cocaïne à l'endroit où doit porter l'injection, ou bien, si la dent à extraire ou les dents voisines ne sont pas sensibles au froid, je fais une légère pulvérisation de chlorure d'éthyle. Lorsque l'insensibilisation est obtenue soit par un procédé, soit par l'autre, j'enfonce avec décision, sans douleur, la pointe de l'aiguille dans la muqueuse, en un point situé à peu près à égale distance entre le bord libre de la gencive et le lieu présumé où doit se trouver la pointe de la racine et je pousse l'aiguille dans l'épaisseur du derme de la muqueuse, en employant les précautions qui sont indiquées pour l'injection dans la peau. Je ne veux pas m'étendre sur ce point dans cette communication. J'ai décrit longuement dans ma thèse l'anatomie des bords alvéolaires et j'y reviendrai d'ailleurs dans un autre travail. Ces connaissances d'anatomie sont absolument néces-

saires, autant que la connaissance de l'anatomie des racines des dents, de leur forme, de leur direction, de leur volume, est nécessaire pour pratiquer une extraction d'une façon raisonnée et scientifique.

Je désire, en passant, examiner un procédé de technique, signalé par notre excellent confrère Loup dans une communication récente à la Société d'Odontologie et dans laquelle cet auteur recommande de faire l'injection dans l'anneau fibro-muqueux qui enserre la dent. Je n'en vois pas la nécessité. J'ai démontré, il y a onze ans, que la douleur était produite, dans l'extraction des dents, par une seule cause : à mon avis, la séparation brusque, la déchirure du ligament alvéolo-dentaire entre la dent et l'alvéole. D'ailleurs, M. Loup accepte ce point, puisqu'il dit : « D'après nous », nous voulant dire M. Loup, ce qu'il est seulement urgent d'anesthésier, c'est *le ligament alvéolo-dentaire.*

Or, ceci étant supposé admis par tous, pour aborder ce ligament, il faut voir d'où viennent les vaisseaux qui s'y rendent.

Ils viennent de trois sources :

1° De la paroi alvéolaire ;

2° De la gencive et du périoste du maxillaire ;

3° Du tronc de l'artère pulpaire.

Outre ces voies vasculaires, il ne faut pas oublier que l'absorption se fait même sans le secours de la circulation.

La grenouille dont la circulation est arrêtée et dont on fait tremper une patte dans une solution de strychnine périt bientôt dans les convulsions du tétanos. La circulation est utile à l'absorption, mais non indispensable.

Or, peut-on penser que la lame osseuse est comme une lame de verre, à travers laquelle ne passe rien ? Non, sans doute, et si l'injection est faite où nous l'indiquons, l'action de l'alcaloïde se fera très bien sentir sur le périoste de l'alvéole, après avoir traversé l'os, si mince et vasculaire, tandis que l'injection faite au collet de la dent sera très éloignée, puisqu'elle l'est, au maximum, de l'apex de la

racine et par conséquent, de toute la partie profonde du champ opératoire.

D'ailleurs, les dents que l'on extrait sont, le plus souvent, des dents qui n'ont plus précisément les connexions anatomiques normales et dans lesquelles cet anneau est décollé, fongueux, comme dans la pyorrhée par exemple.

Donc, jusqu'à plus ample informé, nous ne changerons pas sur ce point notre technique de l'injection.

L'injection nécessite beaucoup de force ; parfois on croirait que la canule de la seringue est obstruée tant il faut pousser sur le piston pour faire pénétrer une quantité de liquide très minime. Je ne place presque jamais le doigt sur la piqûre car la pratique apprend que le liquide n'a pas de tendance à sortir quand on a eu beaucoup de peine à le faire pénétrer.

Si les autres dents existent, je fais simplement deux piqûres, l'une du côté lingual ou palatin, l'autre du côté jugal ou labial.

Si au contraire la dent est isolée, je fais un minimum de quatre piqûres pour cerner la dent dans tous les sens.

Je pousse alors mon injection très lentement, et si le piston n'est pas dur à pousser, je retire l'aiguille pour faire l'injection plus superficiellement, en restant dans le derme de la muqueuse et j'évite toujours de pousser l'injection dans le tissu cellulaire à l'endroit où les gencives se réfléchissent sur la face interne des joues et des lèvres en formant un cul-de-sac qui limite en haut et en bas le vestibule de la bouche, c'est-à-dire au niveau où la muqueuse abandonne le périoste. J'emploie toujours le petit miroir de bouche pour écarter les joues ou la langue et pour m'assurer que la muqueuse devient blanche et que mon aiguille est bien placée.

En prenant ces diverses précautions j'affirme, d'après une longue expérience, que 1 centigramme est toujours suffisant pour une extraction normale et que l'anesthésie obtenue est au moins égale à celle qui est produite par 4 ou 5 injections faites d'une façon quelconque et cela dans les mains

de tout opérateur qui voudra suivre ces indications à la lettre.

Période d'attente.

J'attends 2 ou 3 minutes au plus, mais comme je mets facilement 2 ou 3 minutes à faire l'injection, je n'opère jamais en somme que 5 ou 6 minutes après le début de l'injection. Cette période d'attente est insupportable pour le malade ; aussi je mets le plus longtemps possible à faire l'injection et, pour occuper un peu l'esprit du malade et lui éviter l'anxiété pré-opératoire, je lui recommande de se rincer la bouche sans arrêt avec de l'eau boriquée.

Opération.

Lorsque le moment est venu, j'exécute les différents temps de l'extraction, lentement, très lentement, après avoir déchaussé ou non la dent à extraire. L'opération comprend quatre temps :

1° Mise en position de l'instrument ;

2° Enfoncement des mors du davier ;

3° Luxation ;

4° Extraction proprement dite.

Ces différents mouvements doivent être faits avec le poignet. La luxation est le temps le plus important, elle doit être faite en se rappelant la forme et la direction des racines et les efforts doivent être dirigés dans l'axe de celles-ci. J'ai résumé les indications essentielles à ce sujet dans l'*Aide-mémoire de thérapeutique dentaire* du *Formulaire pratique de thérapeutique et de pharmacologie* de Gilbert et Yvon dans lequel j'ai fait la partie dentaire.

J'opère d'une façon absolument différente si le malade est en anesthésie générale. Dans ce cas, j'emploie beaucoup l'élévateur et je m'efforce d'aller aussi vite que le permet la sûreté de l'opérateur.

Si au contraire j'opère un malade anesthésié localement, je mets toute mon attention à employer le minimum de force nécessaire pour l'opération et surtout à éviter les

secousses et les à-coups violents et brutaux, car ces secousses sont toujours très désagréables pour le malade et il se plaindra toujours d'avoir souffert, même lorsque ces secousses n'ont été que désagréables, tandis que la même opération faite lentement, doucement, aura paru absolument indolore.

J'ai vu bien souvent, à l'École dentaire, des élèves aboutir à des insuccès à cause de la rapidité qu'ils croyaient bon de mettre pour faire leurs opérations.

D'ailleurs, même indépendamment de toute question d'anesthésie, il est illogique de risquer par une précipitation inconsidérée de fracturer la dent ou le bord alvéolaire pour avoir ensuite l'ennui de rechercher les fragments de racine ou d'avoir été cause d'une résorption considérable du bord alvéolaire, qui est déplorable au point de vue esthétique et qui a le désavantage de déchausser les dents voisines, quand il ne survient pas d'autres accidents. *A fortiori* est-il inutile de se presser quand le malade est anesthésié.

Je ne veux pas, dans cette simple communication, aborder les difficultés causées par la périostite, les abcès, les fistules et par les accidents de dent de sagesse, etc. Toutefois dans l'immense majorité des cas nous avons obtenu des résultats suffisants, malgré ces difficultés, en employant 2, 3 et 4 centigrammes de cocaïne en solution au 1/100, naturellement en mettant le malade dans la position horizontale absolue comme je fais toujours, si la dose dépasse 1 centigramme en solution au 1/100.

J'ai étudié longuement autrefois les détails du manuel opératoire. Je ne veux pas y revenir dans cette communication, qui, dans ma pensée, n'est qu'un résumé et je conclus en disant :

1. Un centimètre cube de la solution fraîchement préparée de chlorhydrate de cocaïne au 1/100 dans l'eau distillée nous paraît nécessaire et suffisant pour la pratique, dans l'immense majorité des cas et ne peut amener d'accidents.

2. La position horizontale est absolument nécessaire quand on injecte plus d'un centigramme de cocaïne.

3. La douleur dans l'extraction est due presque uniquement à la déchirure du ligament alvéolo-dentaire.

4. Le résultat de l'anesthésie dépend pour la plus grande partie du manuel opératoire de l'injection.

5. Enfin, avant ou après l'opération, le malade doit prendre un repas ou un cordial et être laissé dans la position horizontale pendant un quart d'heure au moins, si l'on n'a injecté qu'un centigramme de cocaïne dans un centimètre cube, et pendant une, deux ou trois heures même si l'on a employé une dose supérieure dissoute dans l'eau, et d'autant plus longtemps que la dose aura excédé un centigramme.

RENSEIGNEMENTS UTILES

La ligne : 20 francs par an, Lignes en sus : 10 fr. la ligne } dans 24 numéros.

ALLIAGE DENTAIRE

Contenau et Godart fils, 7, rue du Bouloi, PARIS, **TÉLÉPHONE 214.53.**

CERTIFICAT D'ÉTUDES.

Institut des Langues et des Sciences. A. Debraux, dir., 17, fg. Montmartre. 109 élèves reçus (noms et adresses publiés) ces dernières années. Examens de 1902 : 36 reçus sur 44 élèves. **Les 4/5 du cours de 1901 et 1902 reçus.** Envoi sur demande des noms et adresses des diplômés.

Préparation spéciale par le Docteur **Achille LOMBARD** O. ▮ C. ✻. ancien Secrétaire du Jury de la Sorbonne, 3, boulevard Sébastopol, PARIS.

CONTINUOUS GUM

B. Platschick, 3, rue Ventadour (*Laboratoire spécial*). **TÉLÉPHONE 222.82.**

FOURNITURES GÉNÉRALES.

Comptoir international, 15, avenue Fonsny, BRUXELLES.

Contenau et Godart fils, 7, rue du Bouloi, PARIS. **TÉLÉPHONE 214.53.**

Cornelsen, 16, rue Saint-Marc, **TÉLÉPHONE 218.69.**

Vve Jules Friese, 3, rue de Londres, *près la Trinité*, PARIS.

Alfred Joliot (à la Cloche), 193, rue St-Martin. **TÉLÉPHONE 271.51.**

Colin Logan fils, 113, rue Réaumur, *près la Bourse*, PARIS. **TÉLÉPHONE 288.79.**

Mamelzer et fils, 40, rue Croix-des-Petits-Champs, PARIS. **TÉLÉPHONE 306.77.**

Reymond frères {
22, rue Le Peletier, PARIS. **TÉLÉPHONE 312.91.**
44, place de la République, LYON.
69, rue de la Croix de fer, BRUXELLES.
3, rue Petitot, GENÈVE.

Victor Simon et Cie, 54, rue Lamartine, PARIS. **TÉLÉPHONE 269.45.**

Société coopérative des dentistes de France, 45, rue de La Tour-d'Auvergne. **TÉLÉPHONE 223.04.**

Société Française de Fournitures Dentaires. { 58 bis, Chaussée-d'Antin, Paris **TÉLÉPHONE 214.47.** } *Grande exposition*, au dépôt de PARIS, de toutes les *Nouveautés dans l'outillage* de MM. les Dentistes.

Vve J. Wirth, 22-24, avenue Philippe-Auguste, PARIS. **TÉLÉPHONE 923.48.**

Voir la suite page 558.

LE TERRAIN EN ODONTOLOGIE

Par le Dr Frey,
Professeur à l'Ecole dentaire de Paris.

(Communication à la Société d'Odontologie de Paris.)

I. — Influence du terrain sur les troubles bucco-dentaires.
II. — Influence des troubles bucco-dentaires sur le terrain.

La question du terrain en Odontologie nous semble devoir être étudiée à deux points de vue.

I. — Influence de l'état général, du terrain sur les troubles dentaires.

II. — Influence des troubles dentaires sur l'état général.

I

Les maladies des *gencives*, de la *langue*, des *mâchoires* ont avec l'état général des rapports intéressants sans doute, mais de notion courante.

Ce qui nous paraît avoir été un peu trop spécialisé, trop étudié en dehors de toute considération de terrain, dans leur étiologie, leur symptomatologie, leur traitement, ce sont les *maladies des dents*.

La dent n'est pas un organe isolé; elle est en rapports avec l'organisme par sa pulpe, par son articulation dans l'alvéole et par la salive.

La *pulpe* est une papille vasculo-nerveuse intra-dentaire, dont le but le plus évident est de contribuer à faire constamment de l'ivoire qui accroît la minéralisation de la dent et par suite sa résistance contre les chocs masticatoires et les agents destructeurs.

Grâce à la pulpe, simple expansion de vaisseaux et de

nerfs, la dent doit donc normalement subir, pendant toute l'existence de l'individu, une calcification interne qui augmente de plus en plus sa résistance, car, suivant la loi de Galippe, une dent est d'autant plus résistante que son coefficient de minéralisation est plus élevé.

La dent est maintenue dans l'alvéole par des fibres ligamenteuses, *c'est le ligament alvéolo-dentaire*, improprement appelé périoste alvéolo-dentaire. Ce ligament, avec ses insertions sur la paroi alvéolaire d'une part, sur le cément de la racine d'autre part, constitue donc une *articulation*. Les nerfs, les vaisseaux sanguins et lympathiques de cette articulation la mettent en rapports avec l'organisme, dont les tares pourront par conséquent retentir sur l'articulation alvéolo-dentaire en même temps que sur la pulpe intra-dentaire.

Enfin la dent baigne dans la *salive ;* les qualités de celles-ci varient avec l'état de santé ou de maladie et ces variations pourront avoir une influence sur la dent et son articulation (Michaëls, essai de sialo-séméiologie).

Donc la dent devra comme tout autre organe subir le contre-coup des troubles qui surprendront l'organisme à toutes les périodes de l'existence.

Dès l'état fœtal, le développement des follicules des dents temporaires et des dents permanentes, la calcification des unes et de certains des autres pourront se trouver entravés par les maladies de la mère ; l'albuminurie par exemple, avec et même sans éclampsie, arrêtera momentanément la calcification des chapeaux de dentine, les dents présenteront des érosions de formes variées sur leur surface et des espaces non calcifiés dans leur profondeur.

La syphilis héréditaire, avec sa poussée intra-utérine du 4e-5e mois, sera, elle aussi, une cause d'arrêt dans le développement folliculaire.

L'enfant est né ; dès lors tous les troubles de sa nutrition générale devront être envisagés à deux points de vue : d'une part, une action d'arrêt immédiate, brutale et directe sur l'évolution dentaire, sur les phénomènes de calcification ;

d'autre part, une prédisposition, une moindre résistance aux agents extérieurs. Par exemple, notre collègue Capdepont a décrit, chez le nouveau-né, sous le nom de folliculite expulsive, une gingivo-stomatite qui, sur un mauvais terrain, aboutit à l'expulsion d'un ou plusieurs follicules dentaires, et c'est avec raison qu'il a insisté sur deux éléments aussi importants l'un que l'autre dans cette affection : le trouble profond de la nutrition générale et l'infection locale.

Il n'y a pas de manifestation dentaire physiologique qui, chez l'enfant, ne puisse subir le contre-coup de sa dénutrition générale : c'est aussi bien la calcification que l'éruption. Nous savons tous les difficultés, les lenteurs, les retards de l'éruption chez les nourrissons mal alimentés ; à plus forte raison si la dénutrition est allée jusqu'à l'athrepsie ; un rachitique avéré n'aura jamais une dentition normale ni dans son évolution, ni dans sa structure intime ; de même un syphilitique héréditaire.

Toutes les maladies de l'enfance, pouvant retentir plus ou moins longtemps sur l'état général, ont un contre-coup dentaire plus ou moins accentué.

Voyons maintenant l'*adulte,* quand toutes les dents ont fait leur évolution. Elles sont plus ou moins bien calcifiées ; en tout cas, elles présentent leur maximum de résistance lequel varie suivant l'hygiène générale et surtout l'hygiène alimentaire, suivant les accidents d'ordre général qui ont pu les surprendre, et suivant l'influence héréditaire qui aura présidé à leur développement. L'hérédité est en effet un facteur capital, d'une importance considérable, dans l'étiologie de la plupart des troubles dentaires ; et qu'est-ce que l'hérédité elle-même en dernière analyse, sinon l'influence du milieu, le *modus vivendi,* l'obscure prédisposition à certaines tares, toutes choses ressortissant à l'état général ?

Ici nous devons distinguer les maladies des dents d'une part, celles des articulations dentaires d'autre part.

En ce qui concerne les dents, plus on avance dans l'âge adulte, moins les dents sont touchées par les troubles de nutrition, c'est-à-dire par les causes internes. Ce sont les

causes externes les plus fréquentes, les plus importantes, qui attirent seules l'attention, *trop exclusivement même à notre avis*, car la calcification interne de la dent (phénomène d'ordre vital qui se continue pendant toute son existence) mérite d'être toujours prise en considération.

Si chez l'adulte, la dent a ce maximum de résistance qui permet au praticien de négliger, à tort il est vrai, mais sans trop grand dommage, les phénomènes d'ordre général, il n'en est pas de même de son articulation dans l'alvéole.

Dès l'âge adulte se produisent ces troubles d'équilibre de l'organisme connus sous le nom général d'*arthritisme*, à cause de leur localisation plus particulièrement fréquente dans les articulations. Et les articulations alvéolo-dentaires ne restent pas indemnes, l'arthrite les touche autant, sinon plus que les autres.

L'arthritisme quel qu'il soit, par excès de richesse dans la balance de l'organisme, ainsi que l'a si bien démontré Gautrelet, ou par insuffisance, l'arthritisme a de bonne heure chez l'adulte un retentissement sur les articulations alvéolo-dentaires, depuis le simple prurit congestif jusqu'aux phénomènes inflammatoires installés, destructeurs des tissus et jusqu'à toutes leurs conséquences de voisinage sur les alvéoles, les gencives, les dents elles-mêmes, etc.

Enfin chez le *vieillard*, plus encore que chez l'adulte, la dent presque entièrement calcifiée reste, pour ainsi dire, étrangère aux troubles qui peuvent altérer l'organisme ; elle ne reste attaquable que par les agents extérieurs.

Les articulations alvéolo-dentaires au contraire subissent le contre-coup de la déchéance générale du terrain : c'est l'arthritisme riche ou pauvre, par excès de matériaux nutritifs ou par insuffisance, mais ne tardant pas, dans l'un comme dans l'autre cas, à aboutir à la débilitation cachectique, ce sont les troubles trophonévrotiques, c'est la dénutrition générale de l'individu, qui délabrent encore plus les articulations alvéolo-dentaires que les autres, car elles ouvrent toutes grandes les portes d'entrée aux infections extérieures secondaires.

En somme, qu'il s'agisse du fœtus, de l'enfant, de l'adulte ou du vieillard, l'influence du terrain sur les maladies des dents ne peut être niée, mais, ainsi que le montrent les quelques lignes qui précèdent, ses modalités varient suivant que l'on considère l'âge d'une part, la dent ou son articulation d'autre part.

Nous pourrions les résumer de la façon suivante :

1°) *Quand une dent arrive à son maximum de calcification, le terrain n'a plus sur elle qu'un minimum d'influence.* Celle-ci diminue donc de l'enfance à la vieillesse ;

2°) *Au contraire, les articulations alvéolo-dentaires ont leur minimum de susceptibilité aux influences d'état général dans l'enfance, leur maximum dans la vieillesse.*

Nous ne voulons pas terminer cette première partie de notre article sans y ajouter la remarque suivante, que nous avons tous les jours l'occasion de faire en clinique : le terrain a son influence sur les affections dentaires non seulement dans leur marche et leur intensité, mais encore dans leur symptôme douleur. Par exemple nous pouvons dire d'une façon générale, car les exceptions sont encore assez nombreuses, que la douleur du paysan est moindre que celle du citadin, plus nerveux, que la douleur dentaire de l'éthylique est moindre que celle de l'individu intoxiqué par les essences, etc.

Enfin signalons seulement ce fait que dans la nécrose phosphorée, il faut que le terrain soit déjà atteint par l'intoxication générale, soit, comme a dit Magitot, en état de phosphorisme pour que la dent cariée puisse servir de porte d'entrée à l'infection du maxillaire.

II

Influence des troubles dentaires sur l'état général.

Si le terrain a une influence incontestable sur les troubles dentaires, ces derniers en ont une non moins nette et

évidente sur l'état général : telle l'influence *des accidents d'éruption dentaire, des caries compliquées.*

Plus l'organisme est jeune, plus son équilibre est facilement rompu ; cet organisme doit fournir un travail considérable pour le développement de l'individu ; aussi le moindre accroc local, désemparant toute la machine, peut entraîner des troubles généraux.

A mesure que l'état adulte est plus solidement installé, sa résistance est plus grande aux troubles locaux et ceux-ci n'intéresseront plus l'état général, à moins que leur intensité ne soit particulièrement énergique, leur violence particulièrement violente.

C'est ce que la clinique nous montre constamment : il y a plusieurs périodes de dentition ; celle qui correspond à la première enfance et à la sortie des vingt dents temporaires est la plus féconde en troubles nerveux, digestifs, respiratoires et cutanés, la moins riche en accidents locaux muqueux ou esseux ; celle qui correspond à l'éruption des premières grosses molaires, dites molaires de six ans, et au remplacement des vingt dents de lait par un nombre égal de dents permanentes, est déjà plus pauvre en phénomènes généraux, plus riche en accidents locaux ; cette différence est encore plus manifeste, lors de la sortie des deuxièmes grosses molaires ou molaires de douze ans ; enfin avec les troisièmes grosses molaires, ou dents de sagesse, les accidents sont absolument locaux et ils ne touchent l'état général qu'assez rarement et *secondairement* à leur intensité, à leur durée, à la gravité de leurs complications et à la virulence de ces dernières.

Dans notre cours à l'École dentaire, nous avons l'habitude de schématiser ces observations avec la figure suivante.

Donc l'état général peut être touché par les troubles de l'éruption dentaire et cela d'une façon qui varie suivant l'âge ; il peut l'être également par la carie compliquée ou non, par les inflammations gingivo-maxillaires.

Le terrain subit alors l'influence de trois facteurs :

1°) La perturbation des fonctions digestives ;
2°) L'intensité du phénomène douleur ;
3°) L'infection.

1°) La perturbation des fonctions digestives, c'est la dila-

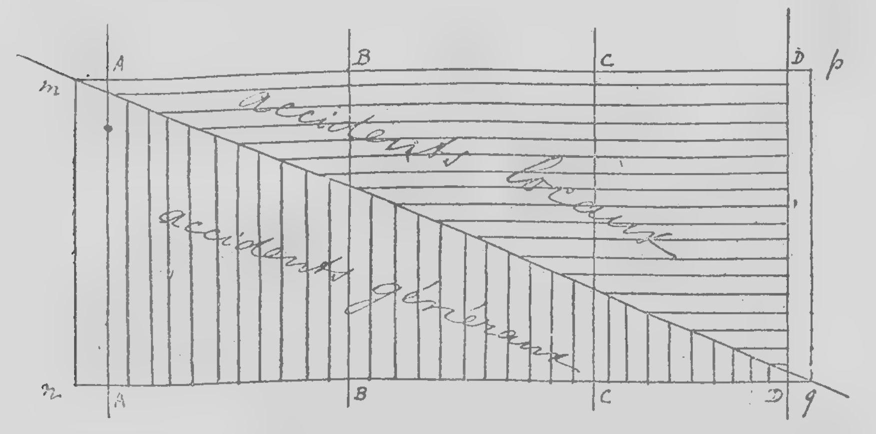
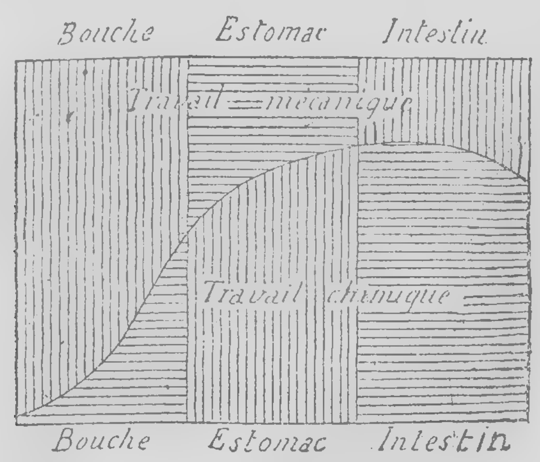


Schéma des accidents de la dentition, pour montrer la différence de proportion des accidents généraux et des accidents locaux suivant les diverses périodes de dentition, c'est-à-dire suivant les âges.

tation de l'estomac, c'est l'ensemble des manifestations connues sous le nom de dyspepsie gastro-intestinale.

Sans entrer dans de grands détails, l'explication en est fort simple.



Consultons le schéma de Mora (*Revue d'Odontologie* 1895) ; la courbe sépare le travail mécanique à droite du

travail chimique à gauche; la grandeur des surfaces représente approximativement la quantité de travail correspondant à chaque région; nous y voyons l'importance considérable de la fonction mécanique dans la digestion buccale.

Si une affection dentaire gêne la mastication, si le travail mécanique de la digestion buccale est incomplet, le travail chimique, c'est-à-dire l'insalivation sera insuffisant, le travail mécanique de l'estomac devra par compensation s'exagérer jusqu'à la fatigue et au relâchement musculaire, le travail chimique de l'estomac finira par être incomplet ou nul, de même et à plus forte raison le travail mécanique et le travail chimique de la digestion intestinale.

Mathématiquement il n'en peut être autrement : « Si dans un ballon de verre, dit Mora, plein d'un suc gastrique artificiel à 37°-38°, ayant la composition du suc normal, nous introduisons un cube de blanc d'œuf cuit d'un centimètre d'arête, nous constaterons qu'au bout de quelques heures les arêtes et les sommets du cube seront attaqués, émoussés ; l'action du suc gastrique qui ne pénètre pas le cube d'albumine cuite ne peut s'exercer qu'à sa surface, c'est-à-dire sur *six centimètres carrés.*

» Si au contraire nous partageons ce centimètre cube en mille petits cubes ayant un millimètre de côté et par suite six millimètres carrés de surface, ils offriront à l'action du suc gastrique une surface de six mille millimètres, c'est-à-dire de *soixante centimètres carrés* au lieu de six, et le suc gastrique agira sur une surface dix fois plus grande. »

La dyspepsie gastro-intestinale installée ne tardera pas elle-même à donner le coup de fouet à la déchéance générale de l'individu.

2°) L'intensité de la douleur bucco-dentaire retentit également sur le terrain par sa violence seule, en dehors de l'insuffisance consécutive du sommeil et de l'alimentation.

Nous avons vu des malades maigrir de douleur, nous en avons vu qui présentaient des crises nerveuses hystériformes ; on nous a signalé des troubles mentaux temporaires.

Des troubles trophiques ont été observés : éruptions de

vésicules herpétiques, décoloration des cheveux, alopécie en masse ou par plaques (pelade de Jacquet) et en cela nous avons des observations qui confirment absolument celles du Dr Jacquet ;

3°) Enfin c'est l'infection bucco-dentaire qui peut encore avoir sur le terrain général un retentissement plus ou moins grave.

Tout récemment les Drs Julien et Camille Tellier (de Lyon), dans la *Revue de Stomatologie*, ont attiré à très juste titre l'attention non pas sur les cas de septicémie d'origine buccale, dont la gravité défie toute intervention et qui se terminent tous par la mort (cas dont l'étude a été récemment reprise par Sebileau au Congrès de médecine de 1900), mais au contraire ils ont insisté sur des observations de *cachexie buccale* (Chassaignac), de *cachexie dentaire* (Lejars) dans lesquels l'état général est touché par l'infection locale et les accidents enrayés par le traitement local.

Celui-ci est d'ailleurs d'autant plus actif que le terrain présente moins de tare.

En dehors des faits d'infection générale d'origine bucco-dentaire, de septicémies chroniques ou aiguës, il y a des infections locales secondaires qu'il nous faut signaler : telles que la tuberculose des ganglions du cou avec porte d'entrée intra-dentaire, l'infection rénale avec albuminurie, l'infection intestinale avec diarrhées.

Conclusions. — Deux groupes de rapports entre les maladies des dents et le terrain :

1°) Influence du terrain sur les affections dentaires ; dans la carie et l'arthrite alvéolo-dentaire, nous avons montré son action prédisposante des plus importantes sur leurs diverses manifestations ;

2°) Influence des affections dentaires sur le terrain. C'est l'âge qui détermine cette influence pour les accidents d'éruption. Quant à la carie compliquée, elle atteint l'état général par la perturbation des fonctions digestives, par la douleur et par l'infection.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DE LA CLASSIFICATION DE LA CARIE DENTAIRE

Par M. Rodolphe Chapot-Prévost,
Professeur libre à l'École d'Odontologie de Rio-de-Janeiro.

(Suite et fin.)

Je prie nos confrères de remarquer que dans tout notre ouvrage nous n'avons parlé que deux fois de la membrane de Nasmyth : l'une, en décrivant l'émail, dans ces termes : « Sa face interne est en rapport avec l'ivoire ou dentine et l'externe est couverte d'une substance ou couche très fine, la cuticule de l'émail ou membrane de Nasmyth » ; l'autre, quand nous considérons le premier degré de carie, et nous disons alors : « Carie du premier degré ; destruction de la cuticule de l'émail et désorganisation de ce tissu. »

Eh bien, chers collègues, nous ne serons pas aussi réservé que dans notre ouvrage, dans lequel, vous avez pu le remarquer, nous n'avons rien dit de positif.

Ainsi, aujourd'hui, nous avançons les propositions suivantes :

1° La membrane de Nasmyth est un tissu organique dur. A l'appui de cette proposition nous présentons les opinions de Renaut, Duval, Kölliker, Oscar de Souza, Ladislas Szymonovicz, Ludovic Coulliaux, etc., et de plus celle de Tomes, qui, dans son ouvrage déjà cité dit, page 101, en parlant de la membrane de Nasmyth :

Bien qu'elle résiste aux agents chimiques, elle n'est point cependant *aussi dure* que l'émail ; elle s'use avec une très grande rapidité, de sorte que, pour la bien voir, il faut choisir une dent jeune, sans trace d'usure.

2° La membrane de Nasmyth se rencontre toujours dans toutes les faces des dents jeunes et probablement dans les faces qui ne sont pas sujettes à des actions mécaniques des dents d'adultes ;

3° La membrane de Nasmyth est susceptible de carie. A l'appui de la deuxième proposition nous présentons la théorie de Tomes déjà citée, la théorie de Waldeyer citée par

Tomes, qui dit que la membrane de Nasmyth se trouve dans toutes les dents et l'article du professeur W.-D. Miller, de Berlin, traduit par la *Revue de Stomatologie*, de Paris, dans ses numéros des 6, 9 et 10, de juin, septembre et octobre derniers. Cet article a pour titre : *Présence des plaques bactériennes sur la surface des dents et leur signification*. A la fin, sous cette rubrique : QUELQUES PHÉNOMÈNES OBSERVÉS EN DÉCALCIFIANT DES COUPES D'ÉMAIL, Miller s'exprime ainsi :

En poursuivant les recherches exposées ci-dessus, j'ai fait la remarque de quelques phénomènes, à propos de l'action des acides sur l'émail, que je vais rapporter rapidement.

Si l'on soumet à l'action d'un acide dilué, nitrique ou chlorhydrique, une coupe par usure passant au niveau d'une facette ou d'une surface usée de la dent, on voit non seulement se détacher de la surface qui délimite la facette la cuticule de l'émail unie à la pellicule, mais on observe en même temps qu'une fine et très délicate membrane, qui semble se continuer avec la pellicule de l'émail se détache aussi de la surface de la facette. Cette observation ne m'embarrassa pas médiocrement au premier moment. Des coupes passant par tout endroit d'une dent dont la surface de l'émail avait été légèrement usée montrèrent le même phénomène.

La membrane n'était pas due à un dépôt sur la surface de la dent, mais elle représentait seulement la matrice organique de l'émail qui, restant en place, tandis que le bord de l'émail en se dissolvant diminuait d'épaisseur, prenait par ce fait l'apparence d'une membrane qui se serait détachée de ce bord.

L'importance de la matière organique (matrice) de l'émail semble varier selon les dents. Dans quelques cas où un acide nitrique plus concentré est introduit sous la lamelle, l'émail fond devant l'acide, d'une façon qui rappelle absolument un flocon de neige fondant sur une vitre chaude, et laisse un résidu jaune brunâtre à peine visible, tandis que dans d'autres cas il laisse une substance semblable à un tissu organisé, qui, souvent, revêt la forme de franges composées de fibres délicates flottant au gré des mouvements du liquide ou agitées par les bulles de gaz, tissu d'ailleurs facilement coloré par l'éosine.

Le phénomène suivant sur lequel, que je sache, aucun observateur n'a appelé l'attention jusqu'ici, me semble bien digne de considération, encore que jusqu'ici je n'en puisse fournir aucune explication satisfaisante.

Si une coupe mince passant par la couronne d'une dent est placée dans un vase plat contenant de l'acide chlorhydrique à 2 o/o et qu'on l'y laisse une demi-heure à une heure, on trouvera la cuticule de l'émail séparée de la surface de la coupe, sauf en certains points qui correspondent à des fissures dans la masse de l'émail. Sur ces points la cuticule semble demeurer attachée par des fibres délicates pénétrant

dans les fissures, et même après que la masse totale de l'émail a été dissoute, on voit la cuticule encore fixée à la surface de la dentine par ces faisceaux de fibres que montre en b la fig. 28 (fig. 1 ci-après). Cependant je n'ai pas trouvé que les liens apparents de connexion entre la cuticule et la dentine existassent dans toutes les fissures de l'émail.



Fig. 1. — Action d'un acide dilué sur l'émail.

Par contre on observe souvent de fines craquelures ramifiées s'étendant de la surface de la dentine jusqu'à une courte distance dans l'émail. Quand l'émail est dissous on voit subsister (d, fig. 28) (fig. 1 ci-dessus) des fibres ramifiées qui apparaissent foncées et qui rappellent exactement la forme de ces craquelures.

Je n'essaierai pas de donner une explication de ces phénomènes, quoique l'idée surgisse d'elle-même que nous serions en présence de prismes adamantins non calcifiés (analogues aux fibres de Sharpey) et que leur présence cause une ligne faible dans l'émail, dont résulte la fissure. Je ne dois cependant pas négliger d'appeler l'attention sur ce fait qu'on ne trouve pas ces faisceaux de fibres à travers l'émail dans tous les cas où existent des fissures.

Et finalement, à l'appui de la troisième proposition nous présentons l'ouvrage du professeur Miller, déjà cité et l'important ouvrage de Frank Abbott.

Le professeur Frank Abbott dans son traité intitulé *Dental Pathology and Practice,* Philadelphie, 1896, dit à la page 76, en décrivant la carie de l'émail :

On the outermost layer we see several flat epithelial bodies (N) fig. 2 (fig. 39 de Frank Abbott) attached to the protoplasm, which in the

transverse section look irregulary spindle-shaped, and are possibly remnents of the so-called Nasmyth's membrane, or enamel-cuticule. On the level of the enamel we also recognize such flat epithelia (L. L.) [1].

Miller dit tout à fait au commencement de son article :

En publiant mes premières recherches expérimentales sur la carie des dents j'appelais à plusieurs reprises l'attention (ainsi que le montreront les citations suivantes) sur ce fait que la cuticule de l'émail sert de réceptacle pendant les premiers stades de la carie à un nombre immense de bactéries et que l'épaississement de ce tissu est principalement dû à la multiplication des bactéries dans sa texture ou à sa surface :

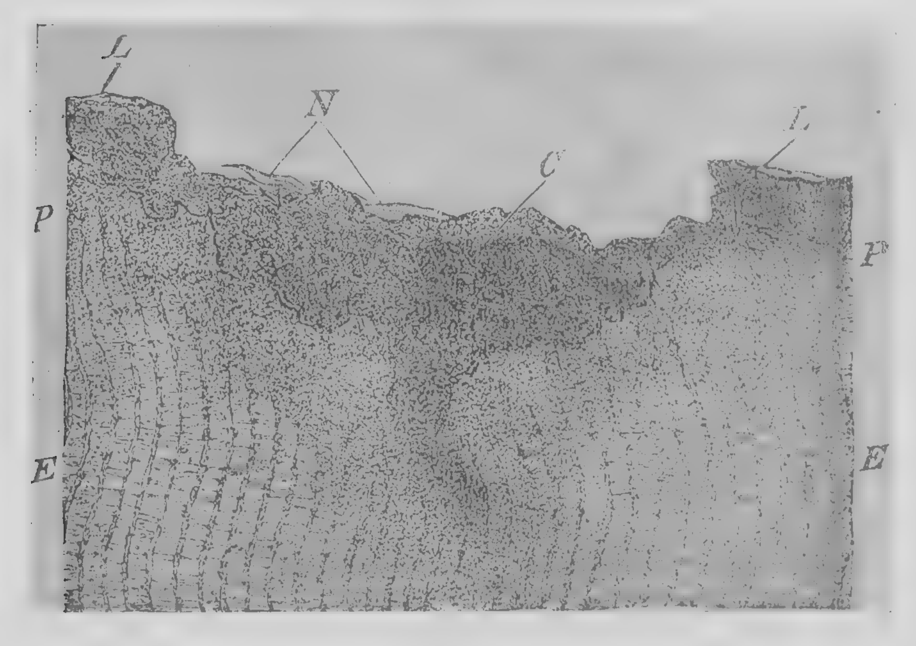


Fig. 2.

« A la fin de la destruction (de la cuticule de l'émail) nous voyons seulement des masses de bactéries, de coccus, de bâtonnets et de filaments, qui sont maintenus ensemble par les débris de la membrane. » — « Après coloration, les coupes d'émail au premier stade de la carie, montrent que la membrane... est épaissie et envahie par des masses de bactéries. » — « La membrane dans de telles conditions offre un réceptacle pour les bactéries et pour de microscopiques particules nutritives, et concourt par là à l'altération du processus destructeur. »

1. A la membrane extérieure nous voyons des corps épithéliaux plats (N) attachés au protoplasme, lesquels dans la section transversale paraissent irrégulièrement fusiformes, et il est possible que ce soient les restes de la membrane de Nasmyth, appelée aussi cuticule de l'émail. Au niveau de l'émail nous voyons aussi des épithéliums plats semblables.

Cette citation seule dit tout ce que nous affirmons, mais en outre nous publions ici la figure n° 1 (n° 3 ci-après) des gravures qui illustrent l'article de Miller; elle montre la cuticule de l'émail imprégnée de bactéries.

Nous croyons avoir démontré suffisamment les propositions que nous avançons.

Notre collègue dit encore :

Le professeur de Caccia (?), de l'école italienne et auteur d'un récent et important ouvrage sur la chirurgie dentaire, adopte la classification rançaise et, décrivant la carie du premier degré, il parle de la cuticule, mais il dit que la carie ne se manifeste qu'après la disparition de ce tissu.

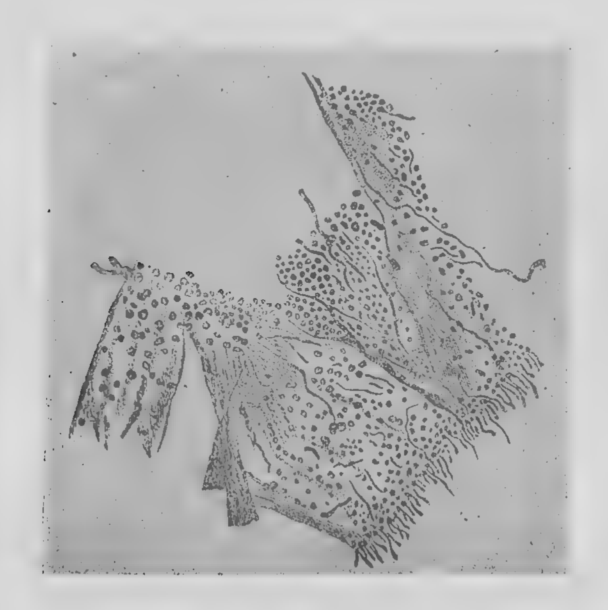


Fig. 3. — Membrane de Nasmyth envahie par les microbes (phase initiale de la carie (1.100 : 1).

Qui a lu avec attention les arguments que nous avons présentés dans le courant de notre travail verra le peu de fondement de l'opinion du professeur de Caccia, sauf s'il se rapporte déjà à la disparition déterminée par l'action des germes (première phase de la carie), comme l'a démontré le professeur Miller, ce qui ne nous paraît pas probable.

Notre critique dit :

Je crois que si nous pouvions, par un moyen quelconque, conserver

la membrane de Nasmyth, nous serions à jamais délivrés de cette affection dévastatrice qui a donné naissance à la chirurgie dentaire. Malheureusement l'ouvrage de Miller, que nous avons cité ci-dessus, vient démontrer que la supposition de notre collègue est fausse, puisque les parasites détruisent la cuticule de l'émail; mais s'il en était comme le pense ce collègue, nous aurions raison de dire que la carie du premier degré est la destruction de la membrane de Nasmyth et la désorganisation de l'émail.

Le professeur Jordaô dit encore :

Il y a dans l'ouvrage de mon collègue un point sur la description des tissus dentaires que je n'ai pu comprendre clairement. Je n'en parlerai donc pas.

Nous regrettons profondément que notre collègue n'ait pas mentionné ce point, afin que nous l'éclaircissions, ce qu'il est encore temps de faire, parce qu'il est toujours utile que nous cherchions à comprendre les sujets les plus difficiles et surtout des sujets critiqués par nous.

Notre collègue dit :

Comme j'ai déjà eu occasion de le déclarer, je trouve que la classification de l'Ecole dentaire de Paris, n'est pas, à mon avis, en désaccord avec la définition, puisque chacun de ses degrés a des éléments propres de diagnostic et des indications thérapeutiques définies, mais pour plus de clarté et pour éviter des confusions dans l'esprit de ceux qui s'initient à notre profession, je propose quelques modifications.

Il est si vrai que notre collègue a trouvé la classification peu claire qu'il en propose une autre plus claire, et de plus, nous avons déjà montré et prouvé suffisamment le désaccord qui existe.

Notre critique dit :

Considérant quelques opinions que j'ai déjà eu la satisfaction d'entendre, je dénomme périodes les divers états de carie dentaire désignés par l'anatomie pathologique et par la clinique, et nous aurons ainsi.

Quoique nous trouvions bonne la classification proposée par notre collègue, modifiant celle de l'école française et la purgeant de quelques erreurs, nous croyons toutefois qu'elle est défectueuse parce qu'elle n'embrasse que l'anatomie pathologique et la clinique, tandis que la classification proposée par nous, outre qu'elle simplifie, se base sur la définition, l'histologie, l'anatomie, la physiologie, l'anatomie pathologique, la clinique, la thérapeutique, la symptoma-

tologie, la pathogénie, etc., et de plus elle est didactique.

Quoique nous ayons déjà déclaré ne pas accepter la classification de notre critique, nous allons signaler quelques-uns des points sur lesquels nous différons aussi avec lui.

La division de la carie en quatre périodes n'explique pas parfaitement la pathogénie de l'affection, car la première période comprend un seul tissu, l'émail, et les trois autres périodes la dentine ; quoique cette manière d'envisager soit exacte, en tout cas elle amènera de la confusion dans la manière de comprendre ces trois dernières périodes.

Notre critique dit :

Nous ne pouvons encore rien dire de positif sur le début de la carie par le cément dentaire, tant que nous n'aurons pas élucidé l'étude des érosions dentaires de nature chimique, sujet très controversé et d'une biographie assez étendue.

Nous contestons complètement les assertions de ce passage.

David, dans son remarquable travail si connu *Microbes de la bouche*, dit aux pages 217 et 218 :

La carie du cément s'accompagne également d'un élargissement des canaux par suite de l'action du microbe. La figure 84 de Miller nous montre la production de la carie du cément avec un grand développement des canaux cémentaires : *a*, superficie du cément recouvert par différentes bactéries ; *b*, zone de la dentine ; *c*, élargissement et confusion des canaux cémentaires ; *d*, envahissement par la carie. Les canaux sont infiltrés par les microbes ; dans ces conditions, la substance devient par conséquent plus rare et même disparaît complètement.

M. Miller possède plusieurs préparations démontrant la carie cémentaire d'après ce processus ; mais il n'a pu produire aucune réaction inflammatoire dans ces expériences.

Nous reproduisons ici la figure relative à ce point (fig. 4).

Comme le voient mes collègues, David ne parle pas d'émail ; donc, il est à supposer que la carie, en ce cas, a commencé au cément. Le fait de notre collègue d'avoir dit « *érosion chimique* » vient compromettre sa belle critique, parce que l'*érosion* dentaire devant être considérée aujourd'hui comme une anomalie dentaire, comme une atrophie des dents, c'est la confondre avec l'*abrasion* que de lui joindre le qualificatif chimique.

Notre critique confond, dans son article, érosion dentaire avec abrasion dentaire; il est vrai que cette confusion existe dans l'école anglaise et dans l'école américaine et même le Dr Léon Frey, dans sa récente monographie présentée au 3e Congrès international dentaire de Paris en

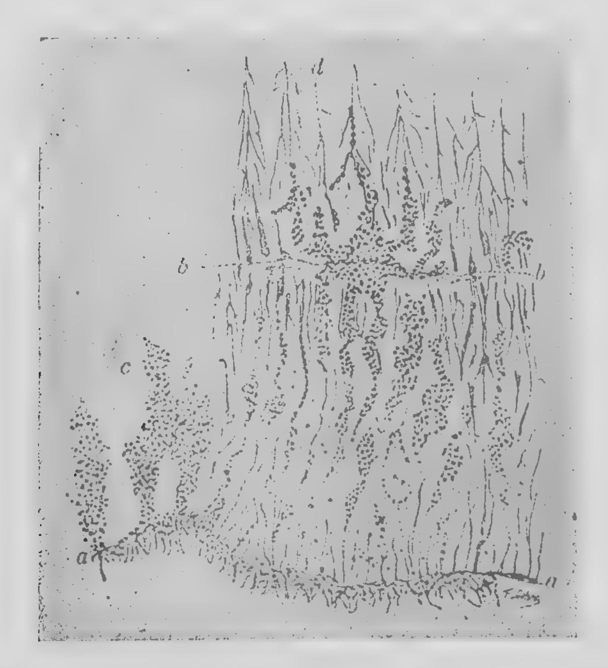


Fig. 4. — Dilatation des canaux du cément par les microbes.

1900, sous le titre *Érosion chimique des dents*, étudie l'abrasion chimique et cependant dans son livre *Pathologie des dents et de la bouche,* de la collection Godon, il étudie judicieusement l'érosion dentaire comme anomalie de structure.

Andrieu, Dubois et Cruet montrent clairement la différence entre les deux affections.

Wilbur F. Litch, dans son traité *American System of Dentistry* sous le titre *Érosion dentaire,* étudie les anomalies de structure de la dent.

Arrivons aux opinions des Drs O. Amoëdo et G. Petit, publiées dans la *Revue de Stomatologie,* vol. VI, 1899,

et celle de Harris, Austen et Andrieu, dans leur traité intitulé l'*Art du Dentiste :*

Contribution à l'étude de l'étiologie de l'érosion dentaire. — Communication lue à la Société de Stomatologie de Paris, par le Dr Oscar Amoëdo. Tout d'abord, il est important de bien fixer le sens du mot érosion. La lésion qu'il représente n'a pas toujours été décrite sous ce nom.

Beaucoup d'auteurs, en effet, réservent le terme *érosion* (du latin *erosio, erodere, ronger*) aux lésions dentaires produites par l'action d'agents corrosifs. C'est ainsi que E. F. Darby, Perry, Kirk, Bœdecker et tous les auteurs américains et anglais appellent érosions les lésions dues aux sécrétions acides des glandes des lèvres combinées avec la brosse à dents, lésions que nous appelons *usures*.

Ils appellent atrophie ce que nous nommons actuellement érosion.

Fournier, dans l'article *Dent* du *Dictionnaire* en 60 volumes ; Harris et Austen, dans leur *Traité de l'Art du dentiste* et beaucoup d'autres (Parrot) la décrivent aussi sous le nom d'atrophie.

Il est bon, croyons-nous, d'être averti de ces différences d'appellations qui pourraient jeter le trouble dans l'esprit d'un lecteur mal informé.

Il est certain que le terme *érosion*, tel qu'il est compris en Amérique, est plus conforme à la source étymologique ; mais l'usage a prévalu en France d'appeler atrophie les anomalies de volume.

Cependant, on pourrait trouver une raison d'être du vocable *érosion*, pris au sens où nous l'employons, dans ce fait que la dent semble usée, rongée, taraudée.

Voici d'ailleurs ce que dit Fournier (*Leçons cliniques*, 1894) au sujet de cette dénomination :

« Je trouve le mot érosion à la fois excellent et mauvais. Excellent, lorsqu'il y a simple érosion au milieu de la dent, ou perte de substance sur une certaine zone ; c'est alors que la dent paraît bien avoir été érodée, grattée ; mais il est détestable, mauvais, parce que l'érosion, l'usure de la dent n'est qu'apparente. L'érosion suppose, en effet, une perte de substance, une entaillure, une usure d'une surface saine à l'origine. Or, ici, il n'y a jamais eu de substance, ni de surface saine. Il n'y a donc pas érosion, mais bien non formation. Ce qu'on appelle érosion dentaire est donc le résultat d'une distrophie dentaire, la conséquence et la traduction d'un arrêt temporaire dans le développement de la dent. »

Nous n'ajouterons rien à ces remarques si judicieuses de l'illustre professeur, et nous conserverons comme lui le terme érosion.

Maintenant voici l'objet de ma communication : je vous apporte ce soir une observation d'érosion dentaire, dont l'étiologie n'a pas été décrite jusqu'ici.

Vient ensuite la description d'un cas d'anomalie de structure (érosion).

Voici ce que dit le Dr Georges Petit :

Erosion dentaire et tuberculose, par le Dr Georges Petit, médecin de l'hôpital d'Ormesson.

Le Dr G. Petit, frappé de la grande fréquence de l'érosion dentaire chez les enfants tuberculeux, s'est efforcé d'en étudier les symptômes et d'en rechercher la cause. Il a examiné cent enfants de 5 à 16 ans dont :

63 étaient atteints de tuberculose pulmonaire.

12 de tuberculose osseuse.

25 étaient des héréditaires, des « *candidats* » qui médicalement pouvaient être classés dans les anémiques et les strumeux. Chez tous, il y avait coexistence de l'érosion et de la tuberculose. L'auteur conclut que *l'érosion dentaire chez l'enfant doit être considérée comme un signe complémentaire et positif de tuberculose.*

Pour défendre son opinion, M. G. Petit passe en revue la théorie des divers auteurs sur l'érosion dentaire : Fauchard, Malbon, Tomes et Broca, qui en fait une conséquence des maladies de l'enfance et en particulier des fièvres éruptives; Hutchinson qui en fait une manifestation constante de la syphilis ; Fournier qui en fait une lésion banale, témoignant d'un trouble nutritif survenu dans le jeune âge. — M. G. Petit se range à l'avis de M. Maire[1] qui considère la théorie généralement admise comme trop exclusive, et admet que l'érosion ne peut dépendre que d'une cause constitutionnelle et est le résultat d'une affection générale déterminant un arrêt dans la calcification des tissus dentaires.

Le Dr Julien Tellier, qui se rattache à cette opinion, fait jouer un rôle trop exclusif au rachitisme, tandis que Comby, dont l'affirmation fait autorité en pareille matière, dit que l'érosion est exceptionnelle chez les rachitiques. M. G. Petit ne l'a jamais rencontrée chez ces sujets, malgré des recherches persévérantes et méticuleuses. En revanche, l'érosion est très fréquente chez les enfants tuberculeux et sa présence chez un sujet jeune, anémié, débilité, scrofuleux, strumeux ou rachitique, doit éveiller l'attention de l'observateur et l'obliger à rechercher avec soin

1. Thèse de Paris, 1898.

s'il n'existe pas des symptômes susceptibles de faire porter le diagnostic de tuberculose.

L'auteur conclut :

Quoi qu'il en soit, nous ne saurions tirer de nos observations autre chose que la conclusion suivante : *l'érosion dentaire de l'enfant est un des signes qui doivent entrer en ligne de compte, dans le diagnostic précoce de la tuberculose.*

Voilà ce que disent Harris, Austen et Andrieu dans leur important ouvrage intitulé *Traité théorique et pratique de l'art du dentiste,* Paris, 1884.

Par ce que nous allons lire, nous conclurons que l'opinion de ces auteurs n'est pas celle que leur a attribué le D[r] O. Amoëdo, au moins dans l'édition de 1884.

En parlant de l'atrophie dentaire ces auteurs disent à la page 265 :

On désigne sous le nom d'*érosion dentaire* une certaine altération sur la couronne des dents, qui apparaissent comme usées ou rongées sur une certaine partie de leur hauteur. L'érosion, lorsqu'elle existe, affecte nécessairement dans les mêmes points et à un égal degré les dents homologues sur une mâchoire ou sur les deux.

L'érosion est assez rare sur les dents de lait, fréquente au contraire sur les dents permanentes. D'après M. Magitot elle frapperait, par ordre de fréquence : les premières molaires, les incisives supérieures et inférieures, les canines et ensuite les prémolaires.

Ces auteurs continuent par une étude bien faite sur les érosions, que nous ne transcrivons pas parce que notre article est déjà long.

Il reste prouvé ainsi que mon contradicteur a voulu parler de l'abrasion dentaire et non de l'érosion, comme probablement il l'avance par erreur dans sa critique.

L'abrasion, comme vous le savez, est généralement divisée en chimique et mécanique ; la seule importance qu'il nous paraît y avoir dans cette division est celle de distinguer l'abrasion de la face antérieure des dents de l'abrasion de la face triturante et nous sommes d'avis que dans toutes l'influence chimique représente un rôle important. Voyons la manière d'envisager la question par Michaëls, qui, croyons-nous, est l'auteur qui a le mieux étudié le sujet.

Dans le résumé de la communication présentée au 4[e] Con-

grès dentaire national de Lyon et publiés dans le n° 16 du journal *L'Odontologie*, de Paris, août 1898, on lit à la page 175 :

La communication de M. Michaëls, également intéressante et fort bien documentée, s'ajoute à toutes celles qui ont été faites au sujet de *L'influence des diathèses sur les altérations dentaires* et éclaire cette question d'un jour tout à fait nouveau et spécial. Il s'agit ici de l'abrasion chimique des dents, phénomène qui survient sans cause apparente, mais qui est d'origine diathésique. Les caractères varient à l'infini dans leur forme, et le résultat en est la destruction plus ou moins profonde des tissus dentaires.

L'abrasion est rarement douloureuse au début de l'affection, mais parfois la perte de substance de la dent est si considérable que la sensibilité se manifeste. D'autres fois il y a sensibilité extrême dès le début. Les surfaces de l'abrasion sont généralement lisses et polies et, n'étaient leurs bords vifs et leur forme particulière, on pourrait les confondre avec les altérations pour cause mécanique.

L'abrasion est localisée à la surface labiale de la couronne et siège habituellement sur les dents antérieures.

La cause immédiate de cette destruction doit être rattachée à la salive dont les altérations, dues précisément aux diathèses, déterminent des combinaisons chimiques dissolvantes. Au sujet de ces diathèses, l'auteur insiste sur la distinction qu'il faut établir entre les hyperacides et les hypoacides ; ainsi, chez les hyperacides (goutteux et rhumatisants), les uréides acides dérivés existent dans la salive, d'où des manifestations sur les dents. Chez les hypoacides, la série créatinique est manifeste et imprime aux dents des caractères tout spéciaux, la carie dentaire est alors très rapide. Aussi, d'après ses observations et ses études sur la salive, l'auteur est-il obligé de reconnaître d'autres causes que les micro-organismes producteurs de la carie dentaire.

Ce sont ces principes salins que l'on rencontre dans la salive des diathésiques et que l'on peut déceler et étudier par le microscope et le polariscope, qui, par leur action dissolvante, détruisent molécule par molécule la surface dentaire, celle-ci ne présentant aucune apparence d'altération par nécrose.

Un grand nombre de ces principes, comme les uréides acides et les sulfocyanures, forment des composés solubles avec les bases contenues dans les tissus dentaires, d'où la destruction facile de ces derniers. Le traitement est dirigé contre l'hyperesthésie des surfaces abrasées. L'auteur recommande pour cela le chlorure d'antimoine en badigeonnages sur la surface de l'abrasion, en évitant de toucher les gencives. Quant à la prophylaxie de l'abrasion chimique, elle consiste en un traitement local et général capable de modifier la diathèse. Il sera possible d'arrêter la destruction d'une dent par l'ignipuncture des glandules labiales au moyen du thermo-cautère de Paquelin. Quant au traitement général, il consiste dans une modification de régime alcalin, pour les hyperacides notamment.

Selon Michaëls, ce seraient les sulfo-cyanures alcalins existant dans la salive pathologique sécrété par les glandes salivaires labiales qui dissoudraient l'émail des dents et produiraient l'abrasion. Ces sulfo-cyanures alcalins dissolvent l'osséine des dents et dénudent les éléments minéraux, formant avec eux un sulfo-cyanure de calcium et des phosphates de potasse et d'ammoniaque solubles.

Michaëls prouve ce fait par l'expérience suivante : mettez 1 gramme de sulfo-cyanure de potassium dans un litre d'eau, employez alors un tube capillaire en forme de U renversé, plongez une des extrémités dans la solution de sulfocyanure, l'autre, terminée par une pointe effilée étant pourvue d'un fil métallique fixé à une dent naturelle. La dent est attachée de manière à être par une de ses faces en contact immédiat avec la pointe du siphon capillaire.

Au bout de quelques jours, la surface de l'émail présente des abrasions absolument pareilles à celles que l'on rencontre dans la bouche des individus qui présentent cette affection.

Quant au fait contesté par notre critique du début de la carie par le cément dentaire, nous opposons la célèbre opinion de Frank Abbott qui affirme ce fait par les mots suivants :

So long as the gums are in their normal condition and position, caries does not *begin* in the cement ; but if the gums have receded from any cause, thus exposing the cement which covers the necks of the teeth, it may then begin to decay [1].

En traitant de la seconde période de la carie, notre collègue dit :

Destruction consécutive de l'émail et de la dentine caractérisée uniquement par l'existence d'une petite cavité.

Nous devons faire observer à notre collègue que dans sa deuxième période de carie dentaire, qui est le deuxième

1. Aussi longtemps que les gencives sont dans leur condition et position normales, les caries ne commencent pas au cément, mais si les gencives ont reculé pour une cause quelconque, en exposant ainsi le cément qui couvre le collet des dents, la carie peut alors commencer.

degré de l'École dentaire de Paris, la cavité peut souvent être bien grande, surtout à la face triturante des molaires d'adultes.

Le professeur Jordaô dit encore, en traitant de sa troisième période de carie dentaire :

> Cette période de carie dentaire est constamment suivie ou accompagnée d'un état pathologique de la pulpe, la pulpite.

Notre collègue a passé légèrement sur l'erreur dans laquelle est tombée l'école française, en disant que la carie a atteint la pulpe, mais je suppose que par oubli il n'a pas dit que cette réaction de la pulpe est une *explication* de la carie dentaire.

Le professeur Jordaô dit encore :

> *Quatrième période.* — Le fond de la cavité cariée est représenté par la chambre pulpaire qui forme un seul corps « avec elle ».

Et quand la carie envahit les canaux radiculaires ? Naturellement notre collègue devra créer une cinquième période et ainsi successivement.

Notre collègue sait bien qu'anatomiquement la chambre pulpaire est une chose, l'*infundibulum* une autre et le canal radiculaire une autre, par conséquent notre observation est justifiée.

Voilà, chers confrères, les observations que nous trouvons convenables de faire aux critiques présentées sur notre travail.

Nous proposons maintenant la classification suivante :

Carie du premier degré. — Altération d'un ou de plusieurs tissus durs périphériques de la dent [1] sans atteindre la dentine.

Carie du deuxième degré. — Destruction d'un ou de

---

1. Email avec membrane de Nasmyth et cément, quand il est exposé et par exception la carie pourra commencer à la dentine quand celle-ci par anomalie présente au collet un point libre.

plusieurs tissus durs périphériques de la dent et altération de la dentine.

Ce second degré offre trois subdivisions :

Carie du 2e degré.	Dentine.	Superficielle.	Distante de la chambre pulpaire.
		Profonde.	Proche de la chambre pulpaire.
		Pénétrante.	Envahissant la chambre pulpaire.

Que nos confrères remarquent que nous continuons à considérer la membrane de Nasmyth comme un tissu dur et susceptible de carie et que la classification présentée maintenant ne diffère de notre classification primitive qu'en deux points :

Le premier consiste à considérer la carie du cément comme le propose le professeur Oliver,le second à considérer une division de plus pour la carie du deuxième degré, c'est-à-dire la carie du deuxième degré pénétrante, en tenant compte de ce que propose le professeur Carpenter.



DÎNER CONFRATERNEL.

A l'occasion du passage à Paris de M. le professeur Cryer, de l'Université de Pensylvanie, retour du Congrès de Madrid, un dîner lui a été offert par ses confrères de la Société d'Odontologie de Paris et de l'École dentaire de Paris, le vendredi 12 juin. Au dessert de nombreux toasts ont été échangés et l'on a bu à la confraternité de la profession en Amérique et en France.

COMPTES RENDUS DU 3e CONGRÈS DENTAIRE INTERNATIONAL

Cette publication a pris une **importance au delà de toute prévision** ; aussi est-il nécessaire de faire un 4e VOLUME, qui va suivre de *très près* la publication du 3e. Ce 4e volume est consacré à la fin des assemblées de sections, aux démonstrations pratiques et aux fêtes.

Les COMITÉS NATIONAUX sont invités à faire connaître DÈS A PRÉSENT au *secrétariat général* le nombre d'exemplaires pour lequel ils souscrivent au nom des sociétés, écoles, journaux professionnels, bibliothèques et groupements dentaires de leur pays, au prix de 48 FRANCS POUR LA SÉRIE DES QUATRE VOLUMES (*port en sus*).

Les souscriptions volontaires des sociétés, des écoles ou des individualités sont reçues chez M. Viau, trésorier, 47, boulevard Haussmann, Paris.

AVIS.

La brochure du Dr Röse « *Guide de l'hygiène dentaire buccale* », publiée dans ce journal, est en vente au bureau de *L'Odontologie*. Comme il n'en a été tiré qu'un certain nombre d'exemplaires, les dentistes qui seraient désireux d'en faire l'acquisition pour la distribuer à leur clientèle pourront la recevoir en en faisant immédiatement la demande à raison de 20 fr. les 100 exemplaires et 12 fr. 50 les 50 (frais de port en sus).

DEMANDES ET OFFRES

PRIX d'une CASE, dans 3 numéros........................ **8** francs.
payable d'avance. (Pour les Abonnés de *L'Odontologie*. **5** »).

L'Administration de L'Odontologie *est à la disposition des vendeurs ou acheteurs pour transmettre aux intéressés les lettres adressées aux initiales indiquées, mais il est bien entendu que son rôle se borne à cette transmission.*

---

1 *A REPRENDRE* à *proximité de Paris* (25 minutes) petite clientèle pouvant facilement être *doublée* par un praticien pouvant y consacrer la journée complète. *Conditions modérées*. Le preneur aurait *gros intérêt* à traiter *de suite*. Ecrire *par poste* à M. D. L., aux soins de M. Papot, 45, rue de La Tour-d'Auvergne. (**59-4**).

---

2 **A VENDRE Douze actions** de la **SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE FOURNITURES DENTAIRES.** Ecrire *par poste* aux initiales L. A. K., aux soins de M. Papot, 45, rue de La Tour-d'Auvergne, à Paris. (**60-3**).

---

3 **A LOUER** un **appartement de 4 pièces,** loué *quatre cents francs* par an depuis *quinze ans* à un **dentiste.** — Conviendrait à un jeune dentiste désireux de s'établir. — S'adresser à *Morlaix*, 6, rue de Paris. (**61-3**).

---

4 *Dentiste diplômé en Belgique*, ***OPÉRATEUR, AURIFICATEUR TRÈS CAPABLE,*** *bon mécanicien* faisant *couronnes et travaux à pont*, demande ***SITUATION*** dans bon Cabinet, de préférence dans grande ville de Belgique. — Ecrire *par poste* aux initiales N. P. 12, aux soins de M. Papot, 45, rue de La Tour-d'Auvergne, à Paris. (**62-3**).

---

5 **Dentiste-américain D. D. S.**, de *Philadelphie*, **diplômé de la Faculté de médecine de Paris**, demande place d'**OPERATEUR-ASSOCIE** à *Paris* ou *Province*. — Pourrait prendre éventuellement suite du cabinet. — Ecrire *par poste* aux initiales R. S. V., aux soins de M. Papot, 45, rue de La Tour-d'Auvergne, à Paris. (**63-3**)

---

6 *Pour cause de santé*. **A céder de suite un CABINET**, *bien installé, bien situé* à Paris, faisant un minimum de 14.000 fr. d'affaires, appartement de 7 pièces, 1.500 fr. de loyer. Ecrire par poste aux initiales B. C. Q., aux soins de *L'Odontologie*. (**64-3**).

Avis relatif aux « DEMANDES ET OFFRES ».

La plupart du temps les confrères qui usent de nos « DEMANDES ET OFFRES *» désirent garder l'anonyme ; aussi indiquent-ils presque toujours simplement dans ces annonces les initiales sous lesquelles les demandes doivent leur être adressées par les soins de l'Administration du journal, dont le rôle se borne à cette transmission et qui ne prend à l'égard des affaires annoncées* aucune sorte de responsabilité.

L'administrateur rappelle aux intéressés que les lettres doivent lui parvenir **par la poste** *avec l'adresse ainsi libellée:* M. (initiales indiquées) *aux soins de M. Papot. Il les rend au facteur*, sans les ouvrir, *après en avoir complété l'adresse. Il ne peut donc personnellement donner aucun renseignement sur les affaires à traiter.*

23e ANNÉE. N° 12 30 JUIN 1903 VOL. XXIX



L'Odontologie est une TRIBUNE LIBRE, où toutes les opinions peuvent se produire ; les signataires gardent l'entière responsabilité de leurs appréciations.

LE XIVe CONGRÈS INTERNATIONAL DE MÉDECINE

Compte rendu de la section d'Odontologie.

LES RAPPORTS.

DE LA PROTHÈSE VÉLO-PALATINE BUCCO-FACIALE ET SQUELETTIQUE

Rapport par L. DELAIR, de Paris.

Le rapport de M. Delair est beaucoup moins étendu que celui de M. Claude Martin sur le même sujet, et il convient de faire remarquer que c'est sur la demande expresse du Comité d'organisation que M. Delair s'est borné à ne traiter que les appareils qu'il a imaginés et construits depuis 1900.

Nous devons faire à l'égard du travail de notre confrère la même remarque que pour celui de M. Martin. Il n'y a pas eu de lecture du rapport, l'auteur a seulement donné quelques rapides explications, écourtées encore à cause de l'heure avancée de la séance à laquelle le document a été présenté. Nulle discussion n'a été permise ; une discussion eût cependant été bien intéressante sur plusieurs des points abordés par le rapporteur. Nous en exprimons les plus sincères regrets, cartout le monde y eût gagné.

Le rapport de M. Delair est divisé en deux parties.

La première traite de la prothèse restauratrice et comprend la prothèse vélo-palatine, la prothèse bucco-faciale et la prothèse nasale. La seconde concerne la prothèse squelettique et s'applique au nez, au front et au maxillaire inférieur.

Prothèse vélo-palatine. — Dans ce premier chapitre, l'auteur, après un court historique des premiers obturateurs, établit trois classes d'appareils : les appareils simples, exécutés d'une seule pièce, les

appareils à voiles articulés et les appareils proéminents articulés ou non, qui diminuent la capacité de la cavité naso-pharyngienne. Il énumère ensuite les inconvénients qui lui ont fait abandonner leur emploi.

Notre confrère décrit ensuite son appareil à clapet et expose les raisons qui lui ont suggéré la combinaison de son obturateur, ainsi que la nécessité de l'éducation phonétique du malade par les exercices gradués d'ortophonie et d'orthologie.

Prothèse bucco-faciale. — Le deuxième chapitre est consacré à l'étude des appareils en caoutchouc mou. Il cite plusieurs appareils appliqués pour la restitution des lèvres supérieures, du nez et des joues, combinés ou non avec des appareils intra-buccaux, et en décrit minutieusement les mécanismes.

Prothèse nasale. — Les nez en caoutchouc mou et leur mécanisme en aluminium font l'objet de ce chapitre. Leur confection, particulière à cause du caoutchouc spécial qui est employé, y est longuement décrite.

La deuxième partie débute par un cas de prothèse squelettique du nez traité par M. le professeur Sebileau en collaboration avec M. Delair. La charpente nasale en or cloisonné qui fut imaginée et appliquée par l'auteur témoigne à nouveau de son habileté et de son ingéniosité prothétique.

. L'auteur aborde ensuite un second cas traité également avec M. Sebileau, relatif à une restauration squelettique frontale devenue nécessaire pour remédier à une déformation consécutive à une trépanation totale de la paroi antérieure du sinus frontal. Nos lecteurs ont eu l'occasion de lire dans notre dernier numéro la relation de cette intervention, qu'il a présentée depuis à la Société d'Odontologie de Paris ; ils auront donc pu se rendre compte de la valeur et de la réussite du procédé.

La fin du chapite est consacrée à ses nouveaux travaux de *prothèse squelettique en porcelaine*. M. Delair, après avoir constaté la porosité des appareils de prothèse immédiate des maxillaires construits en caoutchouc, s'est proposé de substituer la porcelaine à cette dernière substance. Il fait ressortir l'asepsie parfaite de la porcelaine. Il décrit la confection des appareils, la manière d'augmenter d'un cinquième leur volume, condition indispensable à cause du retrait de la pâte, et conseille de les envoyer dans les porcelaineries fort nombreuses en France pour la cuisson. Enfin il entre dans le détail de la confection des pas de vis dans la porcelaine et des attelles destinées à assurer leur fixation dans l'os sain. Comme beaucoup de ses confrères qui ont eu à appliquer des appareils de prothèse squelettique, Delair a constaté les difficultés inhérentes au système de la vis. Aussi emploie-t-il le système à boulons et à écrous qui consiste à traverser de part en

part les fragments par des tiges métalliques ou boulons qu'il fixe à la partie interne et à la partie externe des fragments restants à l'aide d'écrous. Ce procédé, déjà employé en 1894 par plusieurs confrères, avait le grave inconvénient d'être très difficile à appliquer à cause du placement des boulons, surtout de ceux fixés à la partie interne du maxillaire.

M. Delair a très ingénieusement perfectionné ce mode d'immobilisation en confectionnant une instrumentation spéciale à l'application des boulons qui supprime en grande partie la difficulté signalée. Ces instruments se composent de petites griffes à forcipressure en acier, de courbures très variées, permettant de serrer les boulons dans les écrous dans toutes les positions que ceux-ci peuvent occuper par rapport à l'opérateur.

Delair, après avoir relaté un cas de prothèse immédiate en porcelaine, termine son rapport par les CONCLUSIONS suivantes :

1° Pour l'exécution d'un voile du palais artificiel, il ne faut étudier que le rôle physiologique du voile naturel et ne pas chercher à en copier anatomiquement la forme. Il a été fait trois genres différents de voile : les simples, les demi-volumineux, les volumineux. Le voile à clapet de l'auteur possède les qualités de chacun d'eux.

Pour l'amélioration prompte de la parole, l'auteur recommande expressément l'étude des sons articulés et du mécanisme de la parole, ainsi que de certaines notions d'orthologie sans lesquelles les fissurés n'arrivent qu'à la longue et que très difficilement à améliorer leur parler ;

2° Les appareils de restauration faciale en caoutchouc mou sont mieux supportés que tous les autres. Leurs bords ne coupent pas et ils sont légers et incassables. L'armature incorporée dans leur épaisseur leur donne une ténacité suffisante. Ils ne doivent pas nécessiter d'opération pour leur pose ; ils doivent se placer et se retirer automatiquement et sans le secours d'un aide.

Les mécanismes de l'auteur donnent ce double résultat ;

3° Les pièces de prothèse immédiate sont plus parfaites et plus aseptiques si elles sont en porcelaine que si elles sont exécutées en caoutchouc durci. Leur adaptation sur les tronçons d'os sain ne doit pas être effectuée avec des vis, mais par de petits boulons traversant l'os. Il est reconnu qu'il se

produit toujours de l'ostéite raréfiante autour des filets des vis et que celles-ci ne peuvent maintenir l'appareil assez solidement.

La tige d'un boulon traverse librement l'os, qui se trouve légèrement serré entre l'écrou et la tête de boulon, d'où solidité plus grande des attelles ;

4° Le chirurgien-dentiste doit au besoin être le collaborateur du chirurgien civil ou militaire. Ses aptitudes manuelles et mécaniques, sa coutume des opérations, le désignent à ceux-ci pour l'exécution et la pose des pièces de prothèse squelettique.

L'aluminium ne doit pas être employé, le pus pouvant l'altérer ; l'or et le platine sont des métaux de choix. Pour les attelles appliquées sur les os et absolument recouvertes de tissu musculaire, l'argent vaut mieux, à cause de ses propriétés antiseptiques.

Ajoutons que ce rapport était accompagné de spécimens des appareils qui y sont décrits, ainsi que d'un grand nombre de photographies des sujets reproduisant les résultats obtenus grâce à l'intervention de l'auteur. Les congressistes ont fait à Delair une véritable ovation pour lui témoigner combien étaient appréciés ses efforts et pour l'engager à continuer la série de ses travaux et de ses succès.

*
* *

TRAITEMENT ET OBTURATION DES DENTS A PULPE MALADE

Rapport par J. D. LOSADA, de Madrid.

M. Losada, un de nos plus sympathiques confrères espagnols, et un de ceux aussi dont l'accueil a été le plus chaleureux vis-à-vis de ses confrères français, a présenté sur ce sujet un rapport dont nous publions ci-après les conclusions. Notre distingué confrère a étudié successivement toutes les affections de la pulpe, et ses conclusions envisagent chaque cas, en indiquant le traitement qui, selon lui, doit être appliqué parce qu'il le considère comme le meilleur. Il se déclare adversaire du traitement immédiat des dents à canaux infectés et, sauf dans quelques cas, préconise les pansements pendant plusieurs jours.

Cependant deux de ses conclusions ont donné lieu à une discussion intéressante de la part de M. Amoëdo, chargé d'un rapport sur

le même sujet et qui, d'accord avec le rapporteur sur tous les autres points, s'est élevé : 1° contre l'emploi du formol, de ses dérivés et des huiles essentielles à cause de l'irritation qu'ils provoquent sur le péricément, 2° contre l'indication de la réimplantation comme traitement des dents à pulpe morte en donnant pour raison que jamais on ne peut obtenir le rétablissement des fonctions physiologiques du ligament alvéolo-dentaire après la greffe d'une dent.

Voici les CONCLUSIONS de M. Losada.

1° Les maladies de la pulpe sont structurales ou fonctionnelles ; les premières sont chroniques ; les secondes, aiguës ;

2° Les maladies structurales passent généralement inaperçues et, excepté les nodules pulpaires, n'ont pas besoin de traitement ;

3° L'hypérémie est le premier état morbide fonctionnel ; son traitement consiste à faire disparaître les causes, à appliquer des sédatifs et à défendre la pulpe des agents externes ;

4° Quand l'hypérémie est chronique on doit dévitaliser la pulpe ;

5° On ne doit essayer le coiffage de la pulpe que quand celle-ci a été exposée par acte opératoire, s'il n'y a pas eu lacération, et si la pulpe est en parfait état normal ;

6° Dans le cas de pulpite la dévitalisation est l'unique traitement ;

7° L'acide arsénieux est l'agent spécifique pour obtenir ce résultat ;

8° La cause la plus fréquente de douleur dans les applications arsénicales est la compression de la pulpe ;

9° Après l'avoir dévitalisée, on doit extirper complètement la pulpe, désinfecter son canal et le remplir ;

10° L'anesthésie cocaïnique par pression est très utile pour anesthésier la pulpe et permettre d'en faire l'extirpation immédiate ;

11° Le procédé de Callaham est le plus scientifique et le plus pratique pour désinfecter et agrandir les canaux ;

12° Quand le canal est infecté, sa désinfection absolue est la base de son traitement ;

13° La plupart des péricémentites sont dues à l'infection

du canal pulpaire et doivent être traitées principalement par celui-ci ;

14° La désinfection du canal et les révulsifs sont les moyens thérapeutiques que nous possédons ;

15° On appelle abcès alvéolaire une collection purulente à l'intérieur de l'alvéole due à la suppuration du péricément et occasionnée généralement par l'infection du canal ;

16° Le traitement doit être abortif au commencement ; si la suppuration se présente, on doit faire évacuer le pus, et désinfecter le canal, le sac de l'abcès et le trajet fistuleux, s'il existe ;

17° Le traitement des canaux infectés ne doit pas être immédiat ; dans la plupart des cas il doit durer plusieurs jours ;

18° Quand un abcès sans fistule est rebelle à la thérapeutique, on doit établir une fistule artificielle ;

19° En certains cas, la réimplantation est le traitement le plus pratique ;

20° S'il existe de la nécrose alvéolaire, on doit extraire les séquestres et laver la cavité résultante avec des antiseptiques ;

21° Il faut remplir les canaux parfaitement et avec asepsie ;

22° Nous considérons la gutta-percha, seule ou dissoute dans du chloroforme, comme la meilleure substance pour remplir les canaux ;

23° Les essences et les composés de formol sont les antiseptiques les meilleurs et les plus pratiques pour les dents ;

24° La momification de la pulpe est très utile et l'unique traitement possible pour quelques dents.

* * *

NATURE ET TRAITEMENT DE LA PYORRHÉE ALVÉOLAIRE

Rapport par le Dr Damians, de Barcelone.

Le Dr Damians, ancien élève de l'École dentaire de Paris, était chargé d'un rapport sur cette question, qui demeure éternellement à l'ordre du jour. Il a présenté au congrès un travail tout à fait re-

marquable. Ses conclusions, qui sont un peu hardies, mais qui ont au moins le mérite de l'originalité, auraient certainement été très discutées si de larges discussions avaient été permises.

Voici les CONCLUSIONS de notre ami :

1° La maladie dite à tort pyorrhée alvéolaire est une gingivo-alvéolite infectieuse, probablement non spécifique, due à l'action du tartre dur ou visqueux ;

2° L'affection est essentiellement locale, ses états généraux ne sont que des causes, lesquelles, en faisant disparaître l'équilibre biologique du milieu buccal, viennent préparer le terrain à l'invasion polymicrobienne ;

3° Dans cette même catégorie doivent être rangées les formes dites sèches de la pyorrhée. Celles-ci sont des symptômes des tropho-névroses dignes seulement d'être considérées comme des éléments étiologiques puisqu'il n'y a pas de pyorrhée sans inflammation ;

4° La pyorrhée débute toujours par une gingivite. L'arthrite, donc, n'est que secondaire ;

5° L'affection est parfaitement curable, à moins qu'elle ne se trouve dans une période tout à fait avancée, ou lorsqu'il s'agit d'un sujet profondément atteint par la diathèse arthritique. Même dans ce cas là l'odontologiste peut et doit essayer de la guérir ;

7° Dans le traitement de la pyorrhée nous devons avoir pour objectifs : 1° de détruire et d'empêcher la germination des agents infectieux rendant stérile le terrain ; 2° d'activer la nutrition du dit terrain en rendant la cellule non seulement capable de se défendre, mais aussi apte à se régénérer ;

7° Il est indispensable que le patient vienne aider notre effort : 1° par un traitement complémentaire fait chez lui, pendant la durée de notre intervention ; 2° par une scrupuleuse hygiène buccale persévérante.

*
* *

L'ANESTHÉSIE LOCALE EN STOMATOLOGIE

Rapport par le Dr Giuria, de Gênes.

M. le professeur Giuria, de Gênes, chargé d'un rapport analogue à celui de M. Sauvez sur l'anesthésie locale en odontologie, après avoir constaté que l'agent idéal pour l'anesthésie serait celui qui n'offrirait aucun danger pour le patient, déclare qu'il n'en existe pas encore qui réponde à toutes les exigences de la stomatologie ; il nous fait connaître ensuite ses préférences parmi les anesthésiques généraux ; enfin il admet que le chlorhydrate de cocaïne est, à l'heure actuelle, le meilleur agent d'anesthésie locale, à la condition qu'il soit administré avec toutes les précautions nécessaires.

Nous reproduisons les conclusions du rapporteur :

1° L'agent anesthésique idéal en stomatologie serait celui qui produirait dans tous les cas l'insensibilité locale ou générale du patient, sans en compromettre l'existence;

2° Il n'existe pas encore d'agent anesthésique qui corresponde à toutes les exigences de la stomatologie, et le praticien devra recourir à celui qui, suivant le cas, lui paraît le plus indiqué;

3° Parmi les agents d'anesthésie générale, le kélène, le protoxyde d'azote et le somnoforme sont les plus recommandables, sans exclure le chloroforme qui est nécessaire dans quelques cas;

4° Parmi les agents d'anesthésie locale, le meilleur est le chlorhydrate de cocaïne, parce que, administré avec toutes les précautions nécessaires, il correspond sans inconvénient à la majeure partie des actes opératoires de la stomatologie.

*
* *

CONNAISSANCES QU'ON DOIT POSSÉDER POUR EXERCER L'ART DENTAIRE ET LEUR ENSEIGNEMENT

Rapport par le Dr Godon, de Paris.

Après avoir remercié le Comité espagnol de la 12e section de l'honneur qu'il lui a fait en le chargeant d'un rapport sur l'enseignement

dentaire, l'auteur considère que c'est surtout comme directeur de l'École dentaire de Paris et président de la Fédération dentaire internationale que ce rapport lui a été confié. En conséquence, il prend comme base l'enseignement de cette école et le programme d'enseignement dressé par la F. D. I. dans ses sessions de Cambridge, de Stockholm et de Madrid, qui constitue un tout bien complet, adopté par les représentants de l'odontologie du monde entier et doit ainsi mettre fin aux controverses sur cette question.

Il présente dans ses conclusions le programme reproduit dans *L'Odontologie* (N° du 30 mai, article de M. Roy)[1], auquel il joint le programme de l'École dentaire de Paris et le tableau de l'emploi général du temps consacré à l'enseignement dans cette école dressé par M. Papot, administrateur général, et communiqué à la Société d'Odontologie de Paris.

Dans une deuxième partie l'auteur étudie l'enseignement technique préliminaire du chirurgien-dentiste, particulièrement avec l'emploi de l'appareil fantôme, tel qu'il est donné cette année à cette école. Il termine par la conclusion suivante, dont il s'est déjà fait le défenseur dans plusieurs congrès nationaux et internationaux et par le programme complet de l'enseignement préparatoire théorique et pratique suivi également cette année à l'école : « Il y a avantage, tant au point de vue humanitaire que pédagogique, à ce que l'étudiant en dentisterie ne soit admis à exécuter des opérations dentaires sur les patients que lorsqu'il se sera préalablement exercé plusieurs fois au laboratoire, en dehors de la bouche d'un malade, à la pratique de ces mêmes opérations sur l'appareil fantôme, aussi bien en 1re qu'en 2e et en 3e année. »

Dans les démonstrations pratiques, comme complément de ce rapport, il a présenté des dessins et des travaux gradués exécutés par les élèves sur l'appareil fantôme et donnant une idée tangible de cet enseignement, qui a pris le plus grand développement, ces dernières années, dans la plupart des écoles dentaires du monde entier et dont la vulgarisation s'impose au point de vue humanitaire et au point de vue pédagogique.

Les conclusions du rapport de M. Godon ont été discutées et acceptées à la presque unanimité. Notre confrère Aguilar a présenté une seule objection : il a déclaré être d'accord avec le rapporteur, sauf sur un point, celui des études manuelles préparatoires, qui lui semblent impossibles à obtenir. Notre ami Roy a soutenu éloquemment les conclusions de M. Godon et a rappelé à ce propos les paroles de Sir Michaël Forster sur la gymnastique de la main et du cerveau et la comparaison faite par M. Kirk sur la souplesse muscu-

---

(1) V. p. 493.

laire des personnes qui commencent à faire de la bicyclette dès leur jeune âge ou lorsqu'elles sont déjà âgées.

L'approbation donnée à ces conclusions à une immense majorité constitue un succès incontestable, dont nous devons féliciter M. Godon.

* * *

L'ANESTHÉSIE LOCALE EN ODONTOLOGIE

Rapport par le Dr Sauvez, de Paris.

Le rapport présenté par le Dr Sauvez sur l'anesthésie locale en odontologie est un des travaux les plus complets qui ont été discutés au Congrès. Il pourra être consulté avec fruit par les dentistes désireux de connaître à fond les principaux agents d'anesthésie locale employés à l'heure actuelle et il est surtout remarquable par sa netteté. Ses conclusions ont été fort bien accueillies par l'assemblée et la discussion qui a suivi n'a fait que mettre en lumière leur précision sur tous les points abordés dans le rapport. Aussi croyons-nous intéressant pour nos lecteurs de les reproduire à la suite du court résumé que nous donnons de cette étude.

Le rapport se divise en deux parties bien distinctes et comprend à peu près deux chapitres dont la moitié environ traite de l'anesthésie pour l'extraction des dents, et les opérations faites sur la région gingivo-dentaire, et l'autre moitié de l'anesthésie de la dentine pour le curettage des cavités du 2e degré et l'extirpation de la pulpe.

L'auteur commence par faire ressortir les dangers et les inconvénients de l'anesthésie générale qui, d'après lui, ne doit être employée qu'à titre tout à fait exceptionnel en art dentaire.

Après avoir examiné l'emploi de la cocaïne et de ses dérivés, l'auteur arrive à préconiser l'emploi de la solution aqueuse de chlorhydrate de cocaïne au 100e et il pense que l'injection de 1 centigramme donne une anesthésie suffisante.

Il insiste beaucoup sur la position horizontale que l'on doit faire prendre au malade dès que la dose employée dépasse 1 centigramme et fournit des détails très minutieux sur le manuel opératoire de l'injection, qui joue un rôle très important dans le succès de l'anesthésie.

M. Sauvez examine ensuite l'anesthésie locale par la réfrigération et conclut en disant que la meilleure méthode d'anesthésie locale consiste dans l'emploi simultané de l'injection de cocaïne et de la réfrigération.

Après cette première partie, qui est très intéressante pour le praticien, parce qu'elle comprend la mise au point de la question de la cocaïne en art dentaire actuellement, et qu'elle répond victorieuse-

ment aux attaques dont la cocaïne a été l'objet à l'Académie de médecine dans ces derniers temps, l'auteur aborde la question de l'anesthésie de la dentine, examine les conditions que devrait remplir le procédé pratique d'anesthésie locale de la dentine employé couramment et il conclut en disant qu'il n'existe pas actuellement de procédé vraiment pratique.

Enfin, il termine en préconisant l'emploi de la réfrigération pour le traitement de la douleur dans les caries du 2e degré et l'application d'un mélange de chlorhydrate de cocaïne à saturation dans l'alcool pour l'extirpation de la pulpe exposée lorsqu'elle n'est pas enflammée.

Voici ses CONCLUSIONS :

1° L'importance de l'anesthésie locale résulte des dangers et des inconvénients de l'anesthésie générale qui ne devra être employée qu'à titre tout à fait exceptionnel en art dentaire ;

2° Pour la chirurgie dentaire, l'emploi de la cocaïne ou de ses dérivés et composés nous paraît donner des résultats pratiques supérieurs à tous les autres procédés d'anesthésie locale que nous connaissons actuellement ;

3° L'emploi du chlorhydrate de cocaïne nous paraît avoir tous les avantages des préparations qui ont été comparées, tant au point de vue de l'anesthésie obtenue qu'au point de vue du pourcentage des accidents ;

4° L'emploi des véhicules autres que l'eau distillée nous semble avoir des désavantages sans profit ;

5° Un centimètre cube de la solution fraîchement préparée de chlorhydrate de cocaïne au 1/100e dans l'eau distillée nous paraît nécessaire et suffisant pour la pratique, dans l'immense majorité des cas, et ne peut pas amener d'accidents ;

6° La position horizontale est absolument nécessaire quand on injecte plus d'un centigramme de cocaïne ;

7° La douleur dans l'extraction des dents est due presque uniquement à la déchirure du ligament alvéolo-dentaire ;

8° Le résultat de l'anesthésie dépend pour la plus grande part du manuel opératoire de l'injection ;

9° Après l'opération, le malade doit absorber un cordial quelconque et être laissé dans la position horizontale pendant un quart d'heure au moins, si l'on n'a injecté qu'un cen-

tigramme de cocaïne et pendant deux ou trois heures si l'on a employé une dose supérieure ;

10° La réfrigération bien employée constitue un excellent procédé d'anesthésie locale pour une opération superficielle ;

11° La méthode mixte (injection de cocaïne et réfrigération) est la meilleure méthode d'anesthésie locale ;

12° Le procédé pratique d'anesthésie de la dentine devrait :

1° Amener rapidement l'insensibilité ;

2° Ne pas nécessiter un manuel opératoire trop compliqué ;

3° Ne pas amener de douleur par lui-même ;

4° Ne pas risquer de compromettre la vitalité de la pulpe ;

13° L'emploi de tous les procédés d'anesthésie locale de la dentine, autres que ceux qui suivent, nous semble devoir être rejeté parce que ces procédés sont dangereux ou insuffisants ou trop compliqués ou d'une application douloureuse ;

14° La dessiccation des cavités, le choix des instruments diminuent légèrement la douleur dans la préparation des cavités, mais l'importance de ces deux facteurs a été généralement exagérée ;

15° L'emploi du menthol, après déshydratation de la partie superficielle de la dentine par l'alcool donne souvent une anesthésie suffisante ;

16° L'application pendant vingt-quatre heures sur la dentine du mélange :

Créosote de houille......................	āā q. s. pour faire une pâte.
Formol......................	
Oxyde de zinc......................	

amène une insensibilité de la dentine permettant la préparation de la cavité sans douleur.

Ce procédé a plusieurs inconvénients :

1° Son application cause souvent une douleur névralgique étendue et continue ;

2° Il n'est pas démontré que l'emploi de ce procédé ne risque pas de produire la dégénérescence ou la mortification de la pulpe ;

3° Il nécessite deux séances ;

17° Pour l'excision de la dentine, dans les cas d'hyperesthésie, le procédé qui donne les résultats les moins inconstants est la cataphorèse.

Ce procédé est peu pratique :

1° Parce qu'il nécessite beaucoup de temps ;

2° Parce que l'instrumentation est compliquée ;

3° Parce que le manuel opératoire est difficile ;

18° Le procédé qui nous paraît actuellement le plus pratique et le plus rapide, pour l'excision de la dentine hyperesthésiée, est l'emploi de la réfrigération. Le manuel opératoire joue un rôle considérable dans cette méthode ;

19° Il n'existe pas, actuellement, de procédé vraiment pratique d'anesthésie de la dentine ;

20° La réfrigération par le coryl nous semble être le meilleur procédé d'anesthésie pour ouvrir une pulpe non enflammée et non exposée ;

21° L'application d'un mélange de chlorhydrate de cocaïne à saturation dans l'alcool donne une anesthésie absolument parfaite pour l'extirpation de la pulpe non enflammée exposée.

Les Communications

EFFET PROTECTEUR DE LA SALIVE HUMAINE A L'ÉGARD DE LA CARIE ET D'AUTRES PROCESSUS INFECTIEUX SE PRODUISANT DANS LA BOUCHE

Par M. le professeur Miller, de Berlin.

Notre éminent confrère M. le professeur Miller, de Berlin, a présenté sa communication annoncée sur la question de l'immunité par rapport à la carie dentaire et à d'autres maladies infectieuses survenant dans la bouche.

Nos lecteurs nous sauront gré de publier la traduction en français de ses conclusions, car chaque communication de M. Miller est une contribution importante à l'étude de la bactériologie, et celle qu'il a faite au Congrès de Madrid ayant trait à la salive, question à l'ordre du jour en ce moment, offre un grand intérêt.

Le professeur Miller, après avoir résumé son travail, en a tiré les CONCLUSIONS suivantes :

1° Les liquides buccaux mélangés n'ont pas de propriétés bactéricides, ni de propriétés susceptibles d'arrêter ou d'empêcher la fermentation dans la bouche ;

2° Le sulfocyanure de potassium qui se trouve dans la salive ne possède pas d'action bactéricide au degré de concentration dans lequel il existe ;

3° On ne peut pas établir d'effet protecteur spécial du mucus buccal ;

4° La salive des individus souffrant particulièrement de la carie présente en moyenne des fermentations un peu plus intenses que celle des sujets exempts de carie ;

5° Les corps protecteurs de la nature de l'alexine ne se rencontrent pas dans la salive fraîche en quantité qu'on puisse constater ;

6° La salive épaissie au bain-marie ou par évaporation dans l'armoire à incubation ne présente pas d'effet arrêtant la fermentation ;

7° Dans la fermentation de la salive de cheval il n'apparaît d'acides libres qu'au bout de vingt-quatre heures ;

8° La lutte pour la vie entre les diverses espèces de bactéries dans la cavité buccale joue un rôle important comme protection contre les bactéries pathogènes qui y pénètrent.

L'auteur a abordé ensuite l'action globulicide ou hémolytique de la salive ; il a signalé ce fait connu que le sérum sanguin d'une espèce animale a la propriété de dissoudre les globules rouges d'une autre espèce. Les substances du sérum sanguin qui présentent cet effet hémolytique ont une parenté étroite avec les corps du sang intra-vasculaire qui confèrent au sang son action protectrice contre les maladies infectieuses, et nos connaissances sur la nature de ces corps

protecteurs s'appuient dans une large mesure sur des recherches qui ont porté sur l'effet hémolytique du sang. Il lui a donc semblé important d'étudier aussi la salive par rapport à son action hémolytique. Le sang d'un lapin fut versé dans un flacon stérile et privé de sa fibrine au moyen d'un remuage avec des perles de verre. Ce sang fut ensuite soumis à l'action d'un appareil centrifuge et l'action de la salive étudiée sur les globules rouges ainsi réunis. On constata que la salive n'a ainsi sur les globules rouges d'autre action dissolvante que celle qu'on pourrait expliquer par la présence de la ptyaline. Il n'a été trouvé dans la salive aucune substance quelconque susceptible d'être considérée comme analogue à l'hémolytine du sang.

La phagocytose semble jouer un rôle important dans la bouche. Hugenschmidt avait déjà prouvé que la salive humaine possède une action chimico-taxique positive, car si des tubes capillaires sont remplis de salive et introduits sous la peau ou dans la cavité abdominale d'un lapin, on trouve que l'extrémité ouverte de ces tubes est bouchée en quelques heures par des phagocytes sous forme d'un bouchon dense. L'auteur n'a pu prouver que les phagocytes aient un effet protecteur particulier dans les fermentations buccales habituelles, non plus que dans la carie dentaire ; par contre, en cas de lésion de la muqueuse buccale, en particulier en cas d'extraction, il a constaté une accumulation de grosses masses de phagocytoses, qui étaient remplies en partie de bactéries et qui contribuaient beaucoup à maintenir la bouche stérile.

Miller a étudié en outre l'action de la salive sur les bactéries pathogènes, surtout sur les pneumocoques et les microcoques de la septicémie salivaire. Il a constaté que, si l'on expose le sang du cœur d'une souris morte de septicémie salivaire à l'action de la salive humaine, les pneumocoques qui y sont contenus conservent leur action aussi longtemps que s'ils étaient exposés à l'action d'une masse égale d'eau. Miller conteste donc une action antiseptique directe de la salive sur les pneumocoques.

*
* *

CONNAISSANCES ANATOMIQUES OFFRANT UN INTÉRÊT SPÉCIAL AU CHIRURGIEN DE LA BOUCHE ET DES DENTS

Par M. le professeur Brophy, de Chicago.

M. le professeur Brophy, de Chicago, bien connu en Europe depuis ses remarquables travaux sur le *traitement chirurgical des divisions de la voûte palatine*, qu'il a soumis au Congrès dentaire international de 1900, a présenté à Madrid une communication fort applaudie sur l'intérêt très grand qu'offrent les connaissances anatomiques pour le chirurgien-dentiste moderne. Nous donnons ci-après un résumé de sa communication dans lequel nos lecteurs verront que la connaissance parfaite de l'anatomie de la tête nous est indispensable dans un nombre de cas des plus différents. M. le professeur Brophy cite l'irrégularité fréquente des sinus maxillaires, dont peut dépendre le genre de traitement ou d'intervention ; la confection des appareils complets de prothèse dentaire, qui doit être menée de pair avec les notions les plus précises sur l'origine et les points d'adhérence des muscles buccinateurs et des muscles du voile de palais, etc.

MM. Cryer, de Philadelphie et beaucoup de confrères étrangers ont tour à tour mis en lumière les points principaux de la communication du professeur Brophy et l'ont vivement félicité pour son très intéressant et très remarquable travail.

« L'anatomie de la cavité buccale, dit-il, n'a pas reçu toute l'attention pratique que son importance exige. Les dentistes se voient obligés presque chaque jour d'exécuter des travaux pour lesquels ils doivent tenir compte des relations que les points anatomiques ont avec les opérations à exécuter.

» En étudiant par exemple avec attention l'os maxillaire supérieur, on observe parfaitement que le procès malaire qui renforce par continuité le procès alvéolaire fixe ainsi la première molaire supérieure plus solidement dans son alvéole que les autres et par conséquent rend plus difficile l'extraction de ses racines.

» La fosse canine offre aussi pratiquement beaucoup de points intéressants qu'il y a lieu d'observer.

» Quand les dents ont atteint leur parfait développement et qu'il faut ouvrir le sinus pour le traitement de l'empyème

de cette cavité, nous devons fixer notre attention particulièrement sur la fosse, comme étant le point d'entrée le plus accessible.

» Après avoir fait une incision dans la muqueuse et le périoste et après avoir mis l'os à nu, on peut pénétrer dans la paroi fixe de la cloison antérieure du sinus, en adaptant au tour dentaire dont on se sert pour faire l'opération un trépan en forme de lame et ensuite, avec une fraise à double tranchant, on élargit l'ouverture jusqu'à la grandeur voulue, ce qui permet d'extraire le polype, l'os carié, les corps étrangers, etc., suivant le cas.

» Grâce à l'admirable travail d'anatomie faciale et cranienne de mon distingué confrère et compatriote le Dr Cryer, nous avons pu connaître beaucoup d'anomalies des os de la face qui se rapportent directement au travail chirurgical de ces régions. Les anomalies offrent généralement de grandes difficultés à l'opérateur, car on ne peut ni les connaître ni les étudier avant le moment d'opérer.

» On a démontré que le côté gauche du sinus est parfois très petit et la cavité nasale correspondante très petite également ; le procédé habituel d'ouverture du sinus par la fosse canine aurait pour conséquence dans ce cas une ouverture non pas dans le sinus, mais dans le conduit nasal.

» Ce serait non seulement une erreur pardonnable, mais encore cela ne causerait aucun préjudice.

» En faisant une étude anatomique nous voyons que le sinus d'un côté est d'un calibre extraordinairement petit, tandis qu'il est plus grand de l'autre. En outre, le sinus est fréquemment divisé en cavités nombreuses par des parois osseuses qui s'étendent du haut en bas.

» Cela occasionne parfois des erreurs dans le traitement de l'empyème, car l'opérateur peut facilement pénétrer dans une cavité saine, tandis que la cavité voisine est pleine de pus. Par suite, le procédé le plus sûr à suivre consiste à extraire la substance osseuse de la même manière que le polype.

» Avec les injections de paraffine nous pouvons lever le

tégument déprimé à la suite de blessures, en faisant disparaître ainsi les difformités faciales les plus saillantes.

» Un point anatomique de très grand intérêt pour le dentiste et qui dans la pratique est très gênant pour lui et pour le patient qui a perdu ses dents naturelles et est obligé de les remplacer par des dents artificielles, c'est l'origine et l'adhérence des muscles buccinateurs et aussi des muscles qui forment le fond de la bouche ; l'inutilité des dentiers artificiels s'observe généralement et, dans quelques cas, ceux-ci ne servent pas parce que le dentiste ne connaît pas l'origine, l'insertion et la fonction de ces muscles.

» Beaucoup de dentiers, malgré leur construction parfaite sont demeurés inutiles, parce que le dentiste n'observe pas l'action de ces muscles.

» Le meilleur procédé à suivre, c'est de construire une plaque provisoire de gutta-percha à laquelle on fixe les dents et qu'on fait porter au patient pendant quelques jours afin de pouvoir se livrer à l'étude des changements que subit sa forme et suivre l'indication de l'aspect musculaire.

» Dans la vieillesse, où les adhérences musculaires sont unies aux bords des procès alvéolaires en raison de leur atrophie, il arrive que les muscles font sortir les pièces de leur position.

» Un autre point anatomique intéressant, dont il y a lieu de tenir compte dans l'ajustage des dentiers, c'est la relation des nerfs correspondant aux parties sur lesquelles ces dentiers reposent.

» Tous nous avons entendu beaucoup de patients portant des dentiers se plaindre d'éprouver la même douleur que quand la pulpe d'une dent est exposée. Pour un dentier supérieur, cela est dû à la pression qu'exerce la pièce sur les branches terminales des nerfs palatins.

» Dans le maxillaire inférieur nous observons que dans la vieillesse le foramen mentonnier est très voisin de la partie supérieure du bord alvéolaire, et, comme le nerf dentaire inférieur qui en fait partie, il est sujet à la pression de la pièce ; la douleur qui se produit en est la conséquence naturelle.

» Pour éviter cette douleur la pièce doit se terminer de façon à ne pas exercer de pression sur le nerf qui passe au travers du foramen. L'anatomie et la physiologie de la 5e paire, en particulier de la 2e et de la 3e division, offre un très grand intérêt pour le dentiste, car il est très difficile de diagnostiquer la névralgie faciale qui survient quand les dents sont malades et pour d'autres causes, et dont le traitement exige une très grande habileté.

» L'enseignement de l'anatomie qui se donne dans tous les pays sur l'innervation des dents au moyen de dessins, de préparations en cire et de modèles, est, à mon avis, très défectueux. Par exemple, le canal dentaire inférieur contient l'artère dentaire inférieure, la veine et la 3e division du 5e nerf. Les traités d'anatomie disent que les branches partent du nerf et de l'artère qui montent directement pour pouvoir entrer dans le foramen des diverses racines des dents, chaque racine étant pourvue d'une branche. Il est certain que les branches partent des deux troncs déjà décrits, mais ne pénètrent pas directement dans le foramen dentaire ; elles se distribuent dans les tissus osseux qui entourent les racines, en se divisant en un grand nombre de branches qui se répartissent dans le péricément et, sous forme de plexus, distribuent de petites branches qui entrent dans la formation de la pulpe dentaire.

» Nous pouvons déduire de cette disposition anatomique des conséquences intéressantes dans les opérations chirurgicales nécessaires pour l'extraction du nerf dentaire inférieur, dans le traitement de la névralgie.

» Si la distribution des rameaux dentaires était telle qu'on l'enseigne généralement, pour extraire le nerf dentaire il faudrait détruire la pulpe de toutes les dents dans lequels ces branches sont distribuées, d'après ce qu'on dit. A présent, en tenant compte de la distribution que j'ai exposée, on comprend parfaitement que la vitalité de la pulpe continue à cause de l'anastomose des branches du système sympathique.

» D'après ce qu'on m'avait enseigné, je croyais ferme-

ment, dans les premières extractions que je fis de la 3e division du 5e nerf, que la destruction des pulpes des dents dans lesquelles ces branches étaient distribuées entraînait la perte de leur vitalité. Je fus bien surpris de remarquer qu'après avoir extrait le nerf il se produisait une anesthésie partielle, mais que, au bout de peu de temps, les dents recouvraient leur sensation normale, l'extraction du nerf tronc ne leur préjudiciant nullement.

» Nous pouvons extraire l'os nécrosé qui entoure les racines des dents et, lorsque la membrane qui recouvre l'apex de la racine est conservée, nous pouvons être sûrs que la pulpe restera dans son état normal.

» Les opérations chirurgicales nécessaires dans le traitement de la névralgie du trijumeau, même précédées d'un diagnostic soigneux, exigent une grande délicatesse si l'on veut obtenir de bons résultats et éviter des cicatrices marquées et autres déformations de la bouche et de la face.

» Généralement quand les chirurgiens ont besoin de pratiquer des opérations dans la bouche ou dans l'os maxillaire ils ont coutume de faire des incisions étendues et quelques-unes de dimensions considérables, pour voir facilement le champ opératoire. J'estime que ces incisions ne sont aucunement nécessaires.

» Par exemple, un patient souffre de névralgie constante de la 2e et de la 3e division et, après s'être soumis au traitement d'un médecin pendant plusieurs mois, sans obtenir autre chose qu'un soulagement momentané, il s'adresse à un chirurgien-dentiste pour qu'il porte un diagnostic et institue un traitement. Le dentiste lui dit qu'il existe réellement une lésion dans le nerf et que, pour la guérir, il faut pratiquer une opération. Le patient se prépare, l'opération est faite au moyen d'une incision étendue dans le siège de la lésion. Si c'est dans le nerf dentaire inférieur que la lésion existe, l'incision est pratiquée dans le bord du maxillaire, la surface externe de l'os maxillaire inférieur demeurant exposée. Avec un marteau et un ciseau on enlève une partie de l'os de façon à ce que le canal dentaire inférieur soit

exposé en extrayant le nerf ensuite. Parfois on emploie une scie au lieu d'un ciseau pour extraire la paroi externe de l'os qui couvre le canal. La blessure se ferme par suture et l'on traite le patient par des antiseptiques.

» Les incisions externes sont complètement inutiles dans cette catégorie d'opérations si l'on suit le procédé que je vais exposer. On pratique au-dessous du foramen une incision qui permet de pénétrer dans le canal avec une sonde d'argent. Auparavant on sépare avec une fraise une partie de l'os pour avoir accès dans le canal. Alors on pénètre avec un trépan de fort calibre dans le canal en extrayant complètement son contenu.

» Pour que le nerf ne puisse pas se reproduire, comme cela arrive parfois, avec un trépan spécial on rafraîchit les parois du canal pour que, l'os ainsi stimulé, le tissu osseux qui obture complètement la cavité primitive prolifère. L'expérience nous enseigne que le canal ne se remplit pas toujours du tissu osseux et que les nerfs se reproduisent dans bien des cas.

» La névralgie de la 2e division de la 5e paire de nerfs ou le nerf intra-orbital exige généralement des opérations chirurgicales pour être guérie.

» En pratiquant ces opérations on fait d'ordinaire des incisions externes pour pouvoir entrer dans le foramen intra-orbital.

» Nous rencontrons des cas d'une nature telle qu'il y a lieu de faire des incisions externes ; mais je crois que tous les opérateurs, dans tous les cas où il est possible de le faire, doivent se borner à opérer dans la bouche, en évitant ainsi les grandes cicatrices qui défigurent complètement le patient pour toute sa vie. »

P. MARTINIER.

(A suivre.)

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ D'ODONTOLOGIE DE PARIS

Séance du 5 mai 1903.

Présidence de M. Choquet.

La séance est ouverte à 8 h. 45.

MM. Godon et Roy s'excusent de ne pouvoir assister à la réunion.

Le procès-verbal n'ayant pas encore été publié dans le journal *L'Odontologie*, son adoption est reportée à la séance de juin.

I. — Prothèse squelettique, par M. Delair, professeur suppléant a l'École dentaire de Paris.

M. Delair donne lecture de sa communication qui a été publiée dans *L'Odontologie* du 15 juin 1903, page 529. Il présente le malade qui fait l'objet de sa communication et chacun constate le résultat esthétique parfait obtenu par cette restauraiion d'un genre tout nouveau.

Discussion

M. le Dr Friteau. — Je désirerais, pour juger en pleine connaissance de cause, attendre une année ou deux, afin de voir ce que deviendront le frontal métallique et les agents de fixation de M. Delair. Autrefois j'ai vu dans le service hospitalier de mon excellent maître, M. Quénu, des vis ou des taquets s'éliminer après quelques mois de fixation dans le tissu osseux, alors qu'il s'agissait de régions opératoires parfaitement aseptiques, ce qui n'est pas le cas du malade de MM. Sebileau et Delair. — Ces réserves étant faites pour l'avenir, je trouve remarquable le résultat que MM. Delair et Sebileau ont obtenu, et le chirurgien ne mérite pas moins d'éloges que le prothésiste.

M. Lemerle. — Pour répondre aux craintes formulées par M. Friteau, je rappellerai ce cas de l'humérus de notre confrère Michaëls, dont le malade, ouvrier boulanger, continue à exercer sa profession.

M. Cecconi. — Pour quelle raison M. Delair a-t-il fait des trous à sa plaque métallique ?

M. Delair. — Les objections formulées par M. Friteau ne m'ont pas surpris : elles ont été faites à M. Sebileau lorsqu'il a présenté notre malade à la Société de chirurgie ; l'avenir dira si ces craintes d'élimination plus ou moins tardive sont justifiées. — Si j'ai perforé le métal de mon frontal métallique, ce n'est pas pour en diminuer le poids ; c'est pour permettre aux tissus que la plaque ajourée sépare de bourgeonner, l'un vers l'autre, à travers ces trous. J'ai la conviction que ce bourgeonnement doit s'opérer et devenir un excellent moyen de fixation des plaques métalliques. J'ai d'ailleurs l'intention, dès que j'aurai l'occasion de faire une nouvelle restauration de ce genre, de supprimer les griffes dont je me suis servi pour fixer mon frontal et de ne prendre aucun autre mode de fixation que les trous d'une plaque ajourée. J'ai commencé sur des animaux des expériences pour vérifier l'exactitude de cette conception : je vous tiendrai au courant des résultats que ces expériences me donneront : satisfaisantes ou non, elles vous seront apportées. Dans tous les cas, je crois avoir fait œuvre nouvelle et vos applaudissements m'ont récompensé de mes efforts.

M. Choquet. — Je remercie vivement M. Delair de la remarquable communication qu'il vient de nous faire : c'est là de la magnifique prothèse restauratrice et la Société d'Odontologie est heureuse d'avoir pu voir un malade aussi parfaitement entouré que celui de MM. Sebileau et Delair.

II. — Un cas de réimplantation, par M. Cardon (*Observation* lue par M. Sautier).

Au mois d'août 1902, M. D... vint me trouver pour se faire placer un appareil complet au maxillaire supérieur : il ne lui restait que l'incisive centrale supérieure gauche ; elle était très chancelante et j'en pratiquai l'extraction. Sa racine m'apparut à moitié résorbée, comme vous pouvez le constater, puisque M. Sautier la mettra sous vos yeux. J'interrogeai mon patient et j'appris que peu de temps auparavant la canine et l'incisive latérale du même côté étaient tombées et qu'elles ne possédaient plus de racines au moment de leur chute. Ces trois dents, me dit M. D..., avaient été, une dizaine d'années auparavant, presque complètement arrachées par une chute sur la face. Le médecin, appelé alors à donner ses soins à M. D..., n'avait pas voulu finir d'arracher ces dents ; il avait simplement pratiqué quelques lavages phéniqués et rapidement les dents avaient repris leur solidité première.

Cette observation en rappelle un certain nombre d'autres publiées jusqu'à ce jour et montrant l'élimination, à échéance plus ou moins éloignée, de dents réimplantées.

DISCUSSION.

M. Lemerle. — L'observation que vient de lire M. Sautier n'est pas une réimplantation au sens thérapeutique du mot ; il s'agit d'une dent arrachée par un traumatisme et remise dans son alvéole sans soins préalables ; les observations de ce genre sont assez rares pour que M. Sautier ait eu raison de nous la communiquer.

M. Choquet. — Ce qui est intéressant dans la communication de M. Sautier, c'est l'aspect de la racine : elle est tout à fait semblable aux racines des dents réimplantées dans un but thérapeutique ; comme elles, elle présente des preuves très accusées d'ostéite raréfiante. Nous pouvons donc remercier MM. Cardon et Sautier de leur présentation.

M. Sautier remet en outre, au nom de M. Cardon, sur le bureau de la société un ouvrage de R. de Graaf, datant de 1678, et illustré de belles gravures sur bois.

M. Friteau, en tant que bibliothécaire de l'école, remercie M. Cardon du don qu'il vient de faire.

III. — THÉORIE DE L'EXTRACTION DENTAIRE (MODIFICATION A LA THÉORIE DE M. GODON), PAR M. DE CROES, PROFESSEUR SUPPLÉANT A L'ECOLE DENTAIRE.

(Cette communication est publiée dans *L'Odontologie* du 15 mai 1903, page 427.)

La discussion en est remise à une autre séance.

IV. — LE TERRAIN EN ODONTOLOGIE, PAR LE Dr FREY, PROFESSEUR A L'ECOLE DENTAIRE.

(Cette communication a été publiée dans *L'Odontologie* du 15 juin, page 549.)

M. Choquet remercie M. le Dr Frey de son intéressante communication.

V. — TECHNIQUE DES INJECTIONS DE COCAINE, PAR LE Dr SAUVEZ, PROFESSEUR A L'ECOLE DENTAIRE.

(Cette communication a été publiée dans *L'Odontologie* du 15 juin, page 535.)

DISCUSSION.

M. Delorme. — J'ai observé de nombreux insuccès d'insensibilisation dans les cas d'extractions pour périostite alvéolo-dentaire ou

pour kyste radiculaire suppuré. Je désirerais savoir si M. Sauvez obtient l'anesthésie parfaite dans les cas de ce genre.

M. Loup. — Je ne suis pas de l'avis de M. Sauvez en ce qui concerne le lieu de l'injection. Je crois, ainsi que je l'ai établi dans ma récente communication, que le lieu d'élection pour l'injection de cocaïne, c'est le bourrelet muqueux du bord libre de la gencive. Au niveau de ce bourrelet, la cocaïne n'a pas de tissu osseux ou en a peu à traverser pour se répandre dans le ligament alvéolo-dentaire ; elle pénètre directement dans ce ligament et l'anesthésie est plus sûre et plus complète. Mes expériences personnelles, qui datent de près de six ans, me donnent des résultats parfaits ; depuis que j'ai cessé de faire les injections au point intermédiaire entre le collet et le cul-de-sac gingival pour les pratiques dans le bourrelet muqueux, j'affirme que la suppression de la douleur est plus complète et plus constante. L'injection au point intermédiaire, que conseille M. Sauvez, a souvent l'inconvénient de pousser la solution de cocaïne dans le tissu cellulaire lâche de la joue, où la diffusion, se faisant trop vite, s'oppose à l'action limitée de la cocaïne. Dans le bourrelet muqueux de la gencive, le tissu est très dense et l'action de la cocaïne est beaucoup mieux localisée. En cas d'abcès ou de fistule, si l'injection est faite comme le conseille M. Sauvez, le liquide pénètre facilement dans la collection purulente ou fuse par la fistule ; il n'en est pas de même avec mon procédé, car le bourrelet gingival reste toujours éloigné des trajets fistuleux ou des collections purulentes péri-dentaires. Je ne suis pas de l'avis de M. Sauvez en ce qui concerne le temps qui doit s'écouler entre l'injection et l'extraction : notre confrère fixe ce temps à cinq minutes ; j'ai souvent observé l'insuffisance de ce délai. Je préfère m'en rapporter à mon patient ; c'est lui qui, analysant avec moi ses impressions diverses et successives, me précise avec certitude le moment où l'insensibilisation de la gencive est complètement établie. Lorsque le malade m'annonce que la région opératoire a perdu toute sensibilité, j'opère et j'obtiens ainsi des extractions absolument indolores. Il n'est pas possible, à mon avis, de poser une règle fixe sur ce point spécial : la durée de la période d'insensibilisation varie avec chaque individu ; aussi est-il préférable de s'en rapporter aux dires de chaque malade.

M. Martinier. — Je suis d'accord avec M. Sauvez sur la plupart des points de son intéressant travail. J'en diffère sur les détails suivants : 1° je préfère les solutions huileuses aux solutions aqueuses ; avec des solutions de cocaïne dans la vaseline ou dans l'huile, la diffusion ne se fait pas aussi rapidement qu'avec une solution aqueuse, et, à quantité égale d'alcaloïde, les résultats anesthésiques sont plus parfaits. — 2° M. Sauvez dit que la dose d'un centigramme de cocaïne suffit dans la plupart des cas, et que sur cent malades

quatre-vingt-quinze sont parfaitement insensibilisés avec un centigramme d'alcaloïde ; je crois trop élevé ce pourcentage de 95 0/0, et, pour ma part, je pense qu'il faut chez un plus grand nombre de malades plus d'un centigramme d'alcaloïde ; il m'arrive souvent d'être obligé d'injecter deux centigrammes, dose que je ne dépasse jamais. — J'approuve pleinement le conseil donné par M. Sauvez, en ce qui concerne la nécessité de mettre le malade à cocaïner dans la position horizontale, et je rappelle que j'ai eu l'honneur en 1893 de présenter à la Société d'Odontologie le premier fauteuil permettant au dentiste d'opérer dans le décubitus horizontal.

M. le Dr Frey. — J'ajouterai à la communication de M. Sauvez une précaution antiseptique que j'emploie dans ma pratique journalière ; je stérilise l'aiguille entre les deux piqûres, pour éviter que mon aiguille, souillée par la première piqûre, n'inocule des produits septiques sur l'autre face de la gencive. J'évite ainsi certaines inflammations ou ulcérations gingivales que j'observais autrefois au niveau du point où la seconde injection était faite. Je ne suis pas de l'avis de M. Martinier en ce qui concerne le pourcentage de 95 0/0, que M. Sauvez fixe pour les malades auxquels un centigramme de cocaïne suffit ; ce chiffre n'est pas suffisant et, pour ma part, je pense que sur cent malades il y en a bien quatre-vingt-dix-huit chez lesquels un centigramme de cocaïne suffit pour amener une suppression totale de la douleur.

M. Siffre. — Voici comment je procède à l'anesthésie locale depuis d'assez longues années. Je prépare à l'avance la solution ci-dessous :

Gaïacol anesthésique	1 gramme.
Glycérine	2 grammes.
Eau distillée	100 grammes.

(Faire dissoudre le gaïacol dans la glycérine, puis ajouter l'eau, faire bouillir et conserver dans un flacon bouché à l'émeri.)

Au moment de l'usage, je prends deux à trois grammes de cette solution que je fais bouillir dans une capsule de porcelaine, et j'ajoute un centigramme de chlorhydrate de cocaïne. Je prends deux grammes de cette solution chaude cocaïno-gaïacolée dans une seringue armée d'une aiguille en or qui a été bouillie 10 minutes dans une solution de phénosalyl à 2 0/0. — Après avoir nettoyé avec de l'ouate et de la liqueur de Van Swieten la région opératoire, j'injecte un gramme ou un gramme et demi de la solution chaude, c'est-à-dire que j'injecte toujours moins d'un centigramme de cocaïne. Avec ce procédé je n'ai jamais eu d'accidents immédiats d'ordre général, ni d'accidents éloignés d'ordre local.

M. le Dr Sauvez. — Je crois avec M. Delorme que l'anesthésie

est moins parfaite dans les cas de périostite et de kyste radiculaire suppuré. — Je reste, malgré ce qu'a dit M. Loup dans sa communication et dans son argumentation de ce soir, partisan de l'injection au point intermédiaire entre le collet et le cul-de-sac gingival. Anatomiquement, en étudiant comme je l'ai établi dans ma thèse la vascularisation de la région gingivo-dentaire, c'est en ce point intermédiaire que les vaisseaux sanguins transporteront le plus fidèlement la cocaïne dans le ligament alvéolo-dentaire. Je ne crains pas de pousser la solution dans le tissu cellulaire lâche de la joue, parce que je n'enfonce jamais l'aiguille jusqu'à la limite du vestibule de la bouche. Le choix du lieu de l'injection ne peut d'ailleurs être établi qu'avec des faits cliniques : M. Loup obtient d'excellents résultats avec son procédé ; nos confrères, et ils sont nombreux ceux qui injectent comme moi au point intermédiaire, n'ont pas de moins bons résultats. Il faudrait donc, pour juger la supériorité de l'une des méthodes. faire des expériences comparatives ; c'est ce que nous pourrons faire dans les prochaines séances de démonstrations de la Société ; M. Loup et moi, nous emploierons chacun notre procédé, et vous pourrez juger, sur des cas aussi semblables qu'il est possible les résultats obtenus. — Je suis de l'avis de M. Martinier en ce qui concerne la supériorité anesthésique des injections huileuses ; je les ai abandonnées parce que la cicatrisation de la plaie est plus longue qu'avec les solutions aqueuses. — Je crois que le chiffre de 95 o/o n'est pas exagéré, et je remercie M. Frey de m'avoir appuyé sur ce point spécial de toute son autorité. Je trouve parfaite la recommandation de M. Frey de stériliser l'aiguille entre les deux piqûres et cette précaution antiseptique me semble recommandable.

Je ne suis pas partisan des injections de gaïacol, car je les ai toujours vu suivies d'eschares et accompagnées de douleurs plus ou moins vives au moment de l'injection ; je préfère donc la solution simple dans l'eau à la solution additionnée de gaïacol dont a parlé M. Siffre.

M. le Dr Frey. — Nous connaissons tous les contre-indications de la cocaïne dans les affections cardiaques, particulièrement chez les aortiques. Il est possible que la dose d'un centigramme puisse être impunément donnée à un aortique ; c'est là une conception que nous pourrions ensemble chercher à préciser. Nous pourrions, le cas échéant, faire une injection d'un centigramme de cocaïne à chacun des aortiques qui viendraient nous demander une extraction dentaire.

Lorsque nous aurions rassemblé toutes nos observations, nous serions peut-être en mesure d'établir avec quelque précision les règles de l'emploi de la cocaïne chez les aortiques.

M. le Président. — Je remercie M. Sauvez de sa communication qui résume si utilement ce que nous devons connaître de la cocaïne

et je remercie aussi ceux des membres qui ont pris une part active à la discussion.

VI. — Présentation d'un four électrique, par M. Platschick.

M. Platschick présente, au nom de M. Meifren fils, de Barcelone, un four électrique pour émaux et travaux dentaires, qui a l'avantage de pouvoir se démonter facilement pour remplacer le fil de platine brûlé par le courant. Ce four se branche directement sur le courant de 110 volts, et il est disposé de façon à permettre d'y faire chauffer un liquide quelconque. M. Meifren fait don de ce four à l'École; M. le Président adresse au donateur ses sincères remerciements.

Sur la proposition de *MM. Martinier* et *Roy*, l'assemblée décide l'organisation d'une séance extraordinaire pour le 19 mai, au cours de laquelle MM. Martinier et Roy donneront lecture de leurs rapports sur le Congrès de Madrid et la Fédération dentaire internationale.

La séance est levée à 11 heures 15.

Le Secrétaire général,
Dr Friteau.

Séance extraordinaire du 19 *mai* 1903.

Présidence de M. Choquet.

La séance est ouverte à 9 heures.

M. Martinier, rapporteur au Congrès de Madrid, lit un rapport très documenté sur les nombreux travaux dentaires qui ont été présentés à la section d'Odontologie du Congrès. Ce rapport, très long et très complet, sera publié *in extenso*, dans le journal ; un certain nombre de communications très importantes pourront, grâce à l'intervention de M. Martinier auprès de leurs auteurs, être intégralement publiées dans le journal ou à la Société.

La lecture du rapport de M. Martinier, est accueillie par de vigoureux applaudissements, qui deviennent plus nourris lorsqu'il annonce que M. Godon a été nommé président d'honneur du Congrès de médecine pour la Section d'Odontologie.

M. le Dr Roy, rapporteur à la Fédération dentaire internationale, lit un document très étudié, qui a été publié dans *L'Odontologie* du 30 mai 1903, page 495.

A propos d'une phrase de ce rapport concernant M. Heïdé, *M. Friteau*, délégué de la Société d'Odontologie à la Fédération dentaire nationale, rend compte à la Société d'un incident qui s'est passé à la réunion d'avril de cette Fédération au sujet du rapport de M. Heïdé sur l'hygiène dentaire. La Fédération, ayant jugé insuffisant le rapport que M. Heïdé lui fit lire, remplaça ce dernier par

M. Papot. M. Friteau pense que ce n'est pas comme délégué de la F. D. N. que M. Heïdé a fait à la F. D. I. le rapport pour lequel M. Roy lui adresse des éloges.

M. Roy déclare que ce n'est pas comme délégué de la F. D. N. que M. Heïdé a fait le rapport dont il a parlé dans son travail de ce soir; M. Heïdé a parlé comme secrétaire de la Commission d'hygiène de la F. D. I., et il a lu un travail très intéressant.

Après quelques mots de *M. Siffre* et de *M. Sauvez*, annonçant qu'il a bien reçu, en tant que secrétaire général de la F. D. I., notification du remplacement de M. Heïdé par M. Papot, l'incident est clos.

Des remerciements sont adressés à M. le Dr Roy pour son remarquable rapport.

La séance est levée à 11 heures.

Le Secrétaire général,
Dr Friteau.





REVUE ANALITIQUE

DENTISTERIE OPÉRATOIRE

Dr Ovize (de Saint-Quentin), ***Un nouveau procédé de traitement des fistules dentaires.*** *(Revue de Stomatologie.)*

Le passage d'un liquide irritant à travers le trajet d'une fistule dentaire étant quelquefois impossible, le Dr Ovize propose de remplacer le liquide irritant par des vapeurs antiseptiques et dans ce but emploie le mode opératoire suivant :

Aseptiser complètement le canal qui est cause de la fistule, l'élargir et faire pénétrer au delà de l'apex une sonde à canaux aussi grosse qu'il est possible. Remplir le fond du canal avec :

Oxyde de zinc..	
Trioxymtéhylène......................................	2 o/o

triturée jusqu'à consistance avec :

Créosote..	ãã
Formol..	

Recouvrir le tout d'une couche de ciment; laisser durcir. Puis chauffer la couronne et surtout la couche de ciment avec un courant d'air très chaud jusqu'à ce que l'opération soit désagréable au patient. A ce moment la température a suffi pour provoquer le dégagement de vapeurs de formol et de créosote à une pression suffisante pour traverser entièrement le trajet fistuleux, qui se cicatrisera spontanément dans les huit jours suivants.

Ce traitement paraît d'application plus facile que les injections liquides avec une seringue, mais paraît devoir donner encore un résultat problématique dans les cas où la communication entre l'apex et le trajet n'existe plus et où le point de départ de la fistule semble être une cavité kystique développée à certaine distance de l'apex de la dent infectée.

PROTHÈSE FACIALE

Drs Valas et **Claude Martin** (de Lyon), ***De l'action combinée des opérations autoplastiques et des appareils prothétiques pour les restaurations de la face.*** *(Revue de Stomatologie.)*

Il s'agit d'un homme de 24 ans qui s'était tiré, le 24 septembre 1895, un coup de fusil Lebel sous le menton. La balle avait pénétré dans la région sus-hyoïdienne gauche et était ressortie vers la racine du nez. On peut supposer ce qu'il restait de la face après un tel traumatisme! A l'hôpital militaire d'Oran, où le blessé fut mis en traitement aussitôt

l'accident, il subit deux opérations (suture des lambeaux, drainage, rapprochement des fragments osseux, etc.). Vingt-deux mois après le malade, seulement amélioré, est renvoyé en France, où après un examen approfondi le 28 juin 1897 dans le service de M. Valas à l'Hôtel-Dieu de Lyon, on arrête une ligne de conduite générale du traitement de ce malade comprenant trois indications principales :

« 1° Corriger la déformation du maxillaire inférieur résultant du déplacement du fragment gauche et de la disposition du fragment médian ;

» 2° Décoller et mobiliser la langue fixée au plancher de la bouche par un épais tissu de cicatrice;

» 3° Corriger le prognathisme de la mâchoire supérieure résultant du déplacement des fragments. »

Deux opérations (suivies d'application d'appareils prothétiques) sont pratiquées dans ce but le 24 juillet et le 12 octobre 1897. Les résultats en sont peu satisfaisants puisque : « au mois de novembre, la situa-» tion était la suivante : le maxillaire artificiel reste en place, mais la » langue vient de nouveau se souder au plancher buccal et les trou-» bles fonctionnels dus à cette adhérence se reproduisent. »

La langue est alors mobilisée par une pression continue exercée sur la cicatrice par des blocs d'étain de plus en plus épais. Au mois d'avril 1900 le malade pouvait projeter la langue hors de la bouche. Le poids total de l'appareil était de 125 grammes, ce résultat était obtenu au bout de *deux ans*.

« Au prognathisme de la mâchoire supérieure on remédia par la rétropulsion du fragment médian, obtenue par l'ostéotomie unilatérale large (ablation des deux prémolaires droites et de la portion du maxillaire supérieur comprise à nouveau entre le bord alvéolaire et la paroi des fosses nasales), procédé non encore employé et qui dans des cas analogues serait à recommander. »

Les tissus furent après cette opération maintenus en place par un appareil prothétique approprié, qui fut gardé jusqu'à consolidation.

Dr A. A.



LES POSSIBILITÉS ET LES LIMITATIONS PHYSIOLOGIQUES EN MATIÈRE D'ÉDUCATION

Par M. WALDO E. ROYCE[1].

Il est probable que la question de l'enseignement occupera une grande partie du temps de cette réunion ; il importe donc que nous ayons une idée nette de la signification du mot enseignement. D'ordinaire les mots instruction, connaissance, enseignement sont souvent employés comme s'ils pouvaient se remplacer l'un l'autre ou étaient synonymes. Pour notre commodité dans cette discussion nous devons reconnaître que ces mots ne sont pas synonymes ; mais, dans l'ordre ci-dessus ils forment plutôt une suite, l'un conduisant à l'autre. Ainsi l'instruction consiste à dresser les organes d'un sens spécial, les nerfs afférents et certaines parties du cerveau à recevoir et à retenir les faits. Les faits ainsi emmagasinés constituent les connaissances. Tandis que celles-ci sont un constituant important dans cette suite, il ne faut pas les considérer comme un but, mais simplement comme le moyen d'y arriver. En elles-mêmes elles n'ont pas de valeur pratique, et l'homme qui les recherche simplement pour l'amour d'elles-mêmes est égoïste et inutile ; il ne mérite pas plus de respect que l'avare, qui entasse de l'argent par amour pour l'argent. L'éducation a spécialement affaire aux nerfs afférents et aux organes de l'expression, car faire l'éducation, c'est extraire l'esprit. Un esprit doit être formé avant qu'on puisse y puiser ; les connaissances sont donc un préliminaire de l'éducation. De même que les connaissances sont le résultat de l'instruction, de même l'habileté est le résultat de l'éducation. L'habileté n'appartient pas seulement au métier, mais elle est un élément essentiel sans lequel toute connaissance est sans valeur. Le professeur de grec, tout autant que le mécanicien, a besoin d'habileté pour donner de la valeur à ses connaissances.

De toutes les créatures l'homme seul possède un esprit créateur, capable d'une culture presque infinie, et dans la mesure où l'esprit est cultivé d'une façon normale, l'abîme qui sépare l'homme de la brute s'agrandit. Bien plus, comme la loi du survivant des plus parfaits ne s'applique pas seulement à l'espèce, mais s'applique aussi aux individus de la même espèce, l'homme s'élèvera au-dessus de ses semblables dans la mesure où son esprit est éclairé.

Le cerveau est l'organe de l'esprit, dit-on, mais les nerfs sensitifs et

1. Discours prononcé le 13 août 1902 à l'ouverture de la réunion annuelle de la Société dentaire américaine d'Europe à Stockhlom, par M. Royce, président de cette Société.

moteurs, les organes des sens spéciaux et de l'expression sont associés avec le cerveau. C'est de cette association que dépend l'existence de l'esprit. Tel étant le cas, la connaissance de la physiologie de ces organes humaine et comparée est de première importance pour chaque éducateur, et bien que l'étendue de ce sujet le place bien au delà des limites d'une communication, j'espère qu'une revue de ses points les plus marquants pourra conduire à une étude approfondie du sujet et à une reconnaissance des possibilités et des limitations physiologiques en matière d'éducation.

Dans une étude de cette association d'organes, le cerveau, étant le plus important, doit être considéré le premier.

L'histoire de l'évolution du cerveau peut se lire, comme dans un livre, sur les crânes anciens qui ont été découverts, leur dimension et leur forme, qui indiquent son degré d'avancement en poids, tandis que les sillons de la surface intérieure témoignent de la complexité croissante de ses circonvolutions.

La capacité crânienne du singe anthropoïde le plus grand qui ait été examiné était de 600 c. c.; celle du crâne humain le plus ancien et le plus petit trouvé à Java est évaluée à 850 c. c., tandis que celle du crâne européen moyen est de 1.575 c. c.

Macnamara (The Hunterian oration, 1901, p. 7) cite Virchow en disant : « Le plus grand singe conserve le cerveau qu'il avait étant tout petit » et ajoute : « Le cerveau du singe a atteint la perfection avant l'époque où il perd ses dents, tandis que chez l'homme il fait alors son premier pas véritable vers la perfection. »

Les auteurs sont d'accord pour attribuer ce cerveau peu développé du singe au fait que les sutures crâniennes se sont consolidées à la fin de la première année de sa vie. On a observé également que les sutures sont fermées plus prématurément dans les races humaines inférieures que dans les races supérieures, mais il faut se rappeler, en considérant le développement des trajets nerveux, que dans toutes les races les sutures se ferment d'ordinaire avant que la vie adulte soit commencée.

Avant 1870 on a reconnu que l'écorce cérébrale est le siège des facultés intellectuelles et que la faculté d'articuler le langage dépend chez l'homme du développement de la 3e circonvolution frontale du côté gauche du cerveau, mais la connaissance véritable des fonctions des diverses portions de l'écorce cérébrale a été acquise postérieurement.

Des recherches ont démontré que cette écorce est divisée en zones physiologiques distinctes, qualifiées, suivant leurs fonctions, de zones sensorielles, motrices et d'association.

Ces zones sont associées entre elles, avec d'autres portions du cerveau et avec les centres inférieurs par des fibres nerveuses.

Comme le nom l'indique, les zones sensorielles sont chargées de recevoir et de transmettre les sensations provenant des organes des sens spéciaux.

La région motrice ou zone Rolandique a fourni un champ d'expériences plus grand. Ces expériences ont consisté principalement à ex-

citer artificiellement diverses portions de cette zone et à observer l'action musculaire produite ou à enlever des portions de l'écorce et à noter la paralysie musculaire qui en résultait. Cette région est si bien connue maintenant que le physiologiste peut provoquer une action musculaire dans une partie quelconque du corps en appliquant l'électrode à la zone motrice correspondante dans l'hémisphère opposé du cerveau. On peut obtenir la contraction d'un seul muscle ou d'un certain nombre de muscles simultanément ou successivement, en produisant les mouvements qui par habitude ou éducation sont particuliers à l'individu.

Les expériences sur les portions de l'écorce qui ne répondent pas à l'excitation électrique et qui ont été appelées zones d'association ont été beaucoup plus difficiles et beaucoup moins satisfaisantes. Leurs fonctions sont supposées être associées aux impressions reçues des zones sensorielles et motrices. On suppose également que la mémoire y a son siège. Tandis que ce n'est là qu'une conjecture, on a prouvé que l'enlèvement d'une petite portion de l'écorce de l'une de ces zones n'amène pas la paralysie, mais que l'intelligence du patient est affaiblie proportionnellement à ce qui a été détruit. Ces zones trouvent encore leur plus grand développement chez l'homme, car elles sont plus petites généralement et relativement chez le singe et décroissent à mesure qu'on descend l'échelle de l'intelligence.

Mais ce n'est pas dans le pouvoir du cerveau seulement que l'homme est supérieur aux autres animaux. Son cerveau supérieur servirait peu s'il n'avait jamais évolué, s'il n'y avait pas eu une évolution simultanée d'organes permettant d'exprimer les résultats de ses créations. Il serait difficile d'énumérer les divers moyens d'expression. Un mouvement de la tête ou un haussement d'épaules peuvent avoir une signification, mais les principaux organes d'expression sont ceux du langage articulé et de la main.

En parlant de la valeur du langage le professeur Huxley (Man's Place in Nature, p. 155) dit : « Notre respect pour la noblesse de l'espèce humaine n'est pas amoindri par la connaissance de ce fait que l'homme fait un avec la brute en matière et en structure, car seul il possède le don merveilleux du langage intelligible et rationnel, qui, dans la suite des siècles, lui a permis d'accumuler et d'organiser l'expérience qui est presque totalement perdue par la cessation de toute vie individuelle chez les autres animaux, de sorte que maintenant il s'élève comme sur le sommet d'une montagne, bien au-dessus du niveau de ses humbles compagnons et transfiguré de sa grossière nature en lançant çà et là un rayon venant de la source infinie de la vérité. » Il dit au sujet de la main (p. 118) : « En raison de sa mobilité, le pouce est ce qu'on appelle *opposable*, c'est-à-dire que son extrémité peut avec la plus grande facilité être mise en contact avec les extrémités d'un quelconque des autres doigts, propriété dont dépend si largement la possibilité d'exécuter les conceptions de l'esprit. »

En comparant les zones motrices de l'homme et du singe, on est porté à attendre ce qu'on constate réellement, tandis que la main du

second a une grande puissance de préhension; avec ses doigts souples et son poucę gros et court, elle manque totalement de capacité pour les manipulations soigneuses et délicates que présente la main de l'homme.

Comme le cerveau dépend de la main et des organes vocaux pour exprimer ses conceptions et inversement comme aucun mouvement intelligent n'est fait ni aucun mot intelligent n'est prononcé sans qu'ils soient provoqués par une impulsion du cerveau, il y a lieu d'examiner les moyens de transmission de cette impulsion.

En 1891 Waldeyer avança la théorie des neurones, d'après laquelle le système nerveux est constituée par des unités indépendantes innombrables, comprenant chacune une cellule nerveuse et toutes ses apophyses. Cette unité est le neurone et ces unités sont en contiguïté, mais non en continuité; il y a entrelacement des apophyses, mais non connexion nerveuse réelle.

Certains prétendent que cette théorie exige une démonstration plus complète et il a été établi que chaque trajet nerveux est formé d'une chaîne de cellules nerveuses, le corps d'une cellule étant embrassé par l'arborisation d'une autre ou par l'entrelacement des dendrons de deux ou de plusieurs cellules. Le nom de synapse a été donné par Foster à cette union de neurones.

Les partisans et les adversaires de cette théorie admettent[1] que « dans les tissus embryonnaires et même au début de la vie les neurones sont entièrement indépendants l'un de l'autre ».

L'expérience a prouvé que chez les sujets très jeunes l'usage hâte le développement de la synapse.

En acceptant, comme la plupart des physiologistes modernes, la théorie du neurone et en admettant que la connexion à la synapse soit en tout temps simplement une question de degré, il suffit d'appliquer la loi physiologique « l'usage développe et l'absence d'usage cause l'atrophie » et la question de *l'éducation musculaire* est aisément expliquée.

On suppose que le temps perdu observé dans le passage d'une impulsion nerveuse est dû à un obstacle à chaque synapse. Les synapses agissent donc comme des soupapes empêchant absolument les impulsions de passer dans la direction inverse.

Le temps de la réaction est le nom donné au temps perdu dans ce bloc aux synapses et est appelé par Schäfer[2] « le temps de la réponse par un mouvement volontaire à un stimulant appliqué à l'un des organes des sens ». Il ajoute que ce temps a varié avec les individus et dans le même individu suivant son état physiologique à ce moment... Dans la vieillesse le temps de la réaction est long. La pratique et l'attention tendent jusqu'à un certain point à diminuer ce temps. C'est la différence dans le temps de la réaction chez les divers individus qui a principalement donné naissance chez les astronomes au mot *équation personnelle*.

Schäfer[3] décrit ainsi la période de réfraction des cellules nerveuses:

---

1. *The Croonian lectures*, 1900, p. 5 (Mott).
2. *Text book of physiology*, vol. 2, p. 610.
3. *Text book of physiology*, vol. 2, p. 615.

« Quand deux incitations successives sont appliquées à la même cellule nerveuse sensorielle, fibre nerveuse ou terminaison nerveuse, elles sont appréciées seulement comme deux s'il s'est écoulé un petit intervalle de temps entre leur application. » Ses expériences prouvent que la période de réfraction dure de 1/10 à 1/12 de seconde. Il en tire la conclusion suivante : « Il semble en outre qu'il n'est pas possible d'accomplir une succession de mouvements volontaires comme ceux que comportent les mouvements des doigts pour jouer d'un instrument de musique ou les mouvements de la bouche pour parler avec une vitesse plus grande et Richet a constaté par des expériences sur lui-même qu'il ne pouvait pas penser des mots avec une vitesse de plus de 10 à 12 syllabes par seconde. Ainsi la rapidité des processus nerveux a une limite physiologique qui lui est imposée en raison de la période de réfraction de la cellule nerveuse. » L'exactitude de ces expériences en tant qu'elles appartiennent à l'effet de la stimulation appliquée à une simple cellule nerveuse ne peut être mise en doute ; mais Schäfer ne montre pas que plusieurs cellules nerveuses peuvent ne pas agir simultanément ou successivement avec une très grande rapidité. Il ne donne pas non plus la raison pour laquelle il prétend que le calcul est la fonction la plus rapide du cerveau. A cet égard j'ai pu prendre l'opinion de trois musiciens et l'unanimité de leurs réponses est remarquable. Je leur posai cette question : « En supposant la musique la plus facile, combien de notes pouvez-vous lire et jouer correctement sur le piano par minute ? » Le premier, après expérience, répondit : « 1900 par minute », soit 32 par seconde. Le second : « Avec les gammes dans le milieu du clavier 1900 par minute ; avec les accords 1600 par minute ; avec les accords et les gammes 1200 par minute », soit de 20 à 32 par seconde. Le troisième, qui était le critique musical d'un journal de Londres, les évalua avec son crayon à 1800 par minute ou 30 par seconde. L'exactitude de ces expériences ne peut pas être mise plus en doute que celles citées par Schäfer et la différence de résultats ne peut être attribuée qu'à l'éducation. Il est impossible de dire à présent quelle est la partie de cette éducation qui consiste à abréger cette période de réfraction, celle qui consiste à abréger le temps de la réaction ou à établir les lignes de moindre résistance dans le système nerveux, celle qui consiste dans la possibilité acquise de concentrer l'énergie de plusieurs cellules nerveuses sur un objet unique. C'est probablement une combinaison du tout.

Les physiologistes n'ont donc pas défini clairement les impulsions cérébrales et les réflexes spinaux. Une mouche remue ses ailes longtemps après qu'elle a été décapitée. Si l'on met dans l'eau sur le dos une anguille récemment décapitée, elle reprend sa position normale. Le spinal d'une grenouille donne des signes marqués d'incommodité quand elle est plongée dans l'eau chaude, quoiqu'on puisse la faire bouillir sans qu'elle bouge si l'on élève graduellement la température de l'eau.

Les manifestations du réflexe spinal diminuent à mesure que nous gravissons l'échelle intellectuelle jusqu'à ce que, comme le dit Sherrington, « après une rupture totale du cordon spinal chez l'homme les réactions

de la portion isolée ne soient plus conscientes [1] ». Chez l'homme donc tout mouvement directement associé à la connaissance doit être attribué au cerveau.

Ces faits entrés dans notre esprit, revenons à l'exemple du pianiste. L'étudiant, dans ses débuts, étudie lentement une note à la fois, puis, portant son attention sur son instrument, il cherche la clef indiquée par cette note.

Après un effort mental vigoureux, l'impression causée par la vue de la note se traduit par un son musical. Cette impression va de l'œil à la zone sensitive occipitale, puis elle est transmise à la zone motrice, en se transformant et se coordonnant dans son passage en une impulsion ayant un but. Sous cette forme elle est lancée dans un véritable voyage d'exploration. Entre la zone motrice du cerveau et les doigts il y a des centaines de voies par lesquelles l'impulsion peut s'égarer, des centaines de sentiers qui doivent être transformés en grandes routes et des centaines de synapses qui, par défaut d'usage, demeurent sans développement, en causant un retard inutile. Si à la fin l'impulsion atteint sa destination, ce ne sera qu'après avoir parcouru un trajet difficultueux et tortueux.

Gowers [2] dit : « Il existe des lignes de résistance différente déterminant les combinaisons fonctionnelles. L'éducation musculaire est grandement l'établissement de ces lignes de moindre résistance dans le système nerveux. Elles constituent la base physique de l'habitude. » Après des années de pratique, ces routes nerveuses deviennent si bien frayées que les impulsions passent rapidement et aisément, de telle sorte que le musicien ne peut plus compter les impulsions individuelles et n'a conscience que de l'effort isolé. Tant qu'il y a la moindre conscience des efforts séparés, les auteurs sont d'avis que ceux-ci prennent naissance dans le cerveau, mais dès qu'ils ont dépassé ce point, on prétend qu'ils sont le résultat du réflexe habituel, en voulant dire par ce nom que les impulsions sont renvoyées par le cerveau aux centres inférieurs. Cette hypothèse est-elle raisonnable ? La seule question pour le transfert serait d'assurer une route plus courte et plus aisée. Y a-t-il une route nerveuse de l'œil au doigt plus courte et plus facile que celle qui a été décrite ?

Le fait que plus de 30 notes peuvent être comprises en une seconde et que ces impressions peuvent causer autant de mouvements ayant un but ne prouve pas que ce soient là des mouvements réflexes, mais que le calcul n'est pas la fonction la plus rapide du cerveau.

J'ai pris et développé assez longuement l'exemple du pianiste parce qu'il est possible de mesurer exactement l'exécution du pianiste. Il y a bien des années, l'expérience a appris ce que la science a confirmé, à savoir que pour que ces trajets nerveux soient portés à leur plus grande perfection, la pratique doit commencer de très bonne heure et se continuer sans interruption. Quelle somme de succès le pianiste obtiendrait-il s'il attendait, pour s'exercer pratiquement sur son instrument, qu'il eût

---

1. *Schäfer. Text-book of physiology*, vol. 2, p. 859.
2. *Diseases of the brain*, p. 5.

reçu l'instruction classique et acquis une connaissance parfaite de la théorie de la musique ?

Stewart dit [1] : « Les mouvements les plus délicats et les plus compliqués sont en général produits, non par la contraction brusque de groupes anatomiques de muscles, mais par celle de portions de muscles, peut-être même de fibres simples ou de petits faisceaux de fibres, tandis que le reste demeure relâché ! L'excitation peut graduellement croître et décroître à mesure que les différentes phases du mouvement l'exigent. Les muscles antagonistes peuvent être appelés à jouer pour contre-balancer et atténuer une contraction qui serait trop brusque sans cela. »

Examinez un opérateur consommé et voyez combien il illustre ces paroles. Songez à la versatilité d'impulsion exigée pour ses manipulations les plus délicates. Le résultat est-il moins remarquable que celui atteint par le musicien ? Par quel miracle l'opérateur doit-il obtenir, la jeunesse finie, ce que le musicien chercherait en vain à atteindre ?

Derrière chacun de ces mouvements on trouve le cerveau dictant et dirigeant le moindre détail. La rapidité ou la délicatesse de touche n'indique pas une origine inférieure d'impulsion, mais une culture plus haute.

La liaison nerveuse du cerveau et des mains est physiologiquement la même que pour les organes vocaux. Nous ne parlons pas des arguments de l'avocat comme simple habileté linguale. Tandis que la pensée de l'orateur peut être principalement concentrée sur l'argument dans son ensemble, il existe une pensée secondaire qui a le choix de chaque mot ; il a conscience que la vie de son client peut dépendre d'une simple inflexion. Il en est de même du chirurgien. Occupée de son opération prise dans son ensemble, une pensée secondaire qui guide son couteau est toujours présente et il a la même conscience que la vie de son patient dépend de la justesse de chaque mouvement séparé de sa main. Il n'y a donc rien de semblable à l'habileté du doigté et partout où il y a habileté il doit y avoir impulsion cérébrale.

Il n'est pas étonnant que le professeur Huxley, qui pouvait dire ce que nous avons cité, donnât au langage la première place parmi les attributs spéciaux de l'homme ; mais, même en comptant l'écriture comme rentrant dans le langage, il faut reconnaître que les meilleures pensées de l'homme ont été exprimées par la main. Ce qui a été fait a plus de valeur que ce qui a été dit. Quand la parole fait défaut, les mains sont appelées au secours.

Dans le bureau des brevets à Washington on compte des milliers de modèles, placés là pour expliquer ce que les paroles ne peuvent dire.

Les moyens dont dispose l'architecte pour exposer ses idées au constructeur sont un des nombreux exemples qui peuvent montrer que, quand l'exactitude est nécessaire, la langue parlée n'est pas suffisante. La main est supérieure non seulement dans le côté pratique, mais elle est le principal délinéateur des arts imaginatifs, tels que la peinture et la sculpture.

---

1. *A manual of physiology*, p. 936.

Il semblait nécessaire de parler du cerveau et des organes d'expression avant de considérer les organes des sens spéciaux. En le faisant il était nécessaire de se référer à l'esprit comme à une chose existante. Il faut se rappeler cependant que l'esprit n'est pas né avec l'individu, mais qu'il est formé par les impressions reçues des organes des sens spéciaux. Si nous comprenons parmi les sens du toucher le sens de la douleur, de la chaleur, du froid, et le sens musculaire, une personne privée de tous les sens spéciaux n'aurait pas de conscience et par conséquent pas d'esprit. L'homme a reçu 5 sens pour avoir 5 moyens d'observation. Pour qu'il puisse observer exactement, chaque sens doit être dressé et développé. Celui qui cherche à savoir ne doit négliger aucun moyen d'observation.

En considérant les organes des sens spéciaux il y a lieu de noter que ceux de la vue, de l'ouïe, de l'odorat et du goût semblent mieux développés chez certains animaux inférieurs que chez l'homme. Dans le toucher seul l'homme est incontestablement supérieur. Tous les sens peuvent être perfectionnés par l'exercice, mais cela est particulièrement vrai du toucher. Ce fait et l'importance de ce sens comme moyen d'acquérir des connaissances sont montrés par l'exemple de Mlle Hélène Keller, aveugle et sourde, qui, dépourvue de deux sens employés d'ordinaire pour acquérir du savoir, est devenue une personne fort instruite. Son esprit s'est formé sans langage, sauf celui qui arrivait à son cerveau ou qui en venait par sa main ; elle a appris même à parler par l'usage de ses mains.

On a prétendu que le toucher est d'une importance secondaire par rapport à la vue, mais l'exemple de Mlle Keller permet d'en douter. Le toucher plus que tout autre sens est associé à la conscience.

La main n'est pas seulement le principal organe de l'expression, mais elle est aussi notablement l'organe du toucher et il y a sept fois autant de points de contact au bout des doigts que dans la même zone entre les épaules.

Il y a 2.400 ans Anaxagoras enseignait que la supériorité de l'homme était due seulement au fait qu'il a des mains. Tout en n'adoptant pas tout à fait cette idée extrême, on soutient que la main peut être l'un des plus grands collecteurs de faits et le plus grand donneur d'idées. C'est la seule porte d'entrée du cerveau qui agite les deux voies et aucun esprit ne peut atteindre son développement maximum tant que cette porte reste close.

Je me suis efforcé de tirer des conclusions justes et logiques de prémisses basées sur les meilleures autorités, et si ces conclusions sont exactes, les belles-lettres, les sciences et même la physiologie semblent avoir été enseignées avec un mépris total des lois physiologiques. Sur les cinq portes qui servent à la réception du savoir, les instructeurs se sont contentés d'en ouvrir deux en partie, en négligeant complètement les autres trois. Ce serait une expérience digne d'essai que de faire comme la nature en a eu l'intention et d'ouvrir largement toutes ces portes, d'instruire, de développer et de coordonner tous les sens spéciaux jusqu'à ce qu'ils travaillent en commun, en d'autres termes d'*enseigner le sens commun comme une science.*

L'idée de traiter les organes d'expression comme s'ils appartenaient à diverses castes ou différaient d'importance est également contre nature. Toute école technique exclusivement belle est un monument au préjugé et à l'étroitesse d'esprit de l'époque. Depuis longtemps nous aurions dû apprendre que toute école sans ateliers mérite aussi peu le nom que si elle était dépourvue de salles de classes. Autant ne pas avoir de livres que de ne pas avoir d'outils. Les lois de la science, en particulier celles de la physique, doivent être inculquées à un jeune garçon au laboratoire jusqu'à ce qu'elles fassent partie de sa nature, exactement comme les règles de grammaire lui sont apprises dans la salle de classe. Chacune d'elles aidera son esprit à apprendre l'autre. Comprendre dans toute son étendue le fait que 2 et 2 font 4 indique déjà un stock de connaissances, mais c'est là un savoir qui s'étend au delà du domaine des mathématiques et ne peut être complètement saisi que par l'étudiant qui a réuni de ses propres mains 2 avec 2. Il peut apprendre à l'atelier comme nulle part ailleurs à saisir les faits comme il saisit le manche de son marteau. Quand la science est enseignée de cette manière, les mains se dressent d'elles-mêmes et incidemment la marche des nerfs se développe ; les belles lettres et les sciences peuvent alors être poussées aussi loin qu'on le veut sans qu'il y ait à craindre que l'étudiant ne devienne impropre à sa spécialité. Un autre avantage qui résulterait de l'enseignement du sens commun et d'examens en cette matière serait que l'étudiant qu'on trouverait absolument insuffisant dans un sens ou dans plusieurs serait détourné d'embrasser une carrière à laquelle il serait impropre physiquement.

Ceci est donc une esquisse d'un cours d'études que la physiologie semble dicter et qui servirait également de préparation préliminaire à toute profession ou occupation.

Je sais que ce plan d'études en lui-même n'est pas nouveau. Le curriculum des meilleures écoles dentaires américaines est basé actuellement sur des lignes physiologiques presque idéales, mais n'a-t-il pas été établi empiriquement ? Ces hommes pratiques qui ont élaboré ce programme, en édifiant mieux qu'ils ne savaient, n'ont-ils pas adopté une méthode après l'autre simplement parce qu'elle semblait promettre les résultats recherchés ? Nos professeurs dentaires estiment-ils qu'ils soient arrivés à la loi scientifique fondamentale de l'éducation ? Je pense que non ou bien ils seraient plus positifs dans leur affirmation et plus impératifs dans leur exigence que l'instruction préliminaire soit dirigée suivant cette loi.

Si notre cours d'études préliminaires actuel n'est pas satisfaisant, jugé à un point de vue physiologique, ce qui a très souvent été proposé pour le remplacer est pire. Voyons où nos amis qui soutiennent que l'instruction préliminaire à l'enseignement dentaire doit être l'enseignement universitaire, complété par des cours médicaux, nous conduiraient. Je considère que ceux qui recommandent ce genre d'études sont sincères et qu'ils le recommandent seulement parce qu'ils croient que les connaissances ainsi acquises sont nécessaires pour atteindre les résultats les plus parfaits en pratique dentaire. Si telle est leur opinion, ils ne conseilleront pas à l'étudiant d'écourter ces cours, ni de

s'efforcer de trop les étendre. Préparé à la façon ordinaire, un garçon d'une habileté moyenne ne peut pas être mis en état d'apprécier et de recevoir le plus grand bien de ses études à l'Université avant qu'il ait 18 ans. Pour tirer tout l'avantage de ses études universitaires, il doit y consacrer 4 ans entièrement ; 5 ans sont insuffisants pour apprendre toute la théorie de la médecine. Nous trouvons ainsi notre étudiant à 27 ans avec un bagage considérable, mais avec ses sutures craniennes fermées et ses mouvements nerveux déterminés, absolument dépourvus d'habileté, sauf celle qu'il a acquise dans son club de discussion ou à la dissection. Avec ces défauts physiques, ses études dentaires doivent être plus longues et non plus courtes que d'ordinaire ; mais en n'y consacrant que 4 ans, il sera à 31 ans un garçon charmant sans doute, mais propre à briller plutôt dans le salon que dans le cabinet d'opérations.

A ceux qui ont sérieusement préconisé une préparation semblable pour la pratique de la dentisterie, je demande tout spécialement de prendre en aussi sérieuse considération les possibilités et les limitations physiologiques en matière d'éducation.

HYGIÈNE DENTAIRE EN AUTRICHE

Le Président du conseil, ministre de l'Intérieur en Autriche, a adressé, le 10 mars 1903, une circulaire à tous les gouverneurs de provinces pour appeler leur attention sur l'importance de l'hygiène dentaire dans le bien-être social et la santé publique.

Il leur fait connaître qu'il a signalé à l'attention de son collègue de l'Instruction publique cette question, pour organiser dans les écoles l'inspection régulière et soigneuse, le nettoyage des dents des enfants et le traitement des dents commençant à se carier.

Il recommande de faire dans les écoles normales des conférences sur la stomatologie, l'hygiène dentaire, l'importance des soins de bouche rationels et du traitement conservateur des dents malades. A cet effet le concours des médecins provinciaux et communaux serait demandé.

Il préconise l'organisation des services dentaires gratuits pour les pauvres dans les villes, ainsi que dans les orphelinats, maisons d'enseignement, hôpitaux, prisons, etc.

Il transmet en même temps des instructions rédigées par un de nos principaux collaborateurs, M. le Dr Frank, de Vienne, président de la Société des chirurgiens-dentistes viennois, et adressées par celui-ci au Ministre de l'Instruction publique, sur la surveillance de la dentition des enfants des écoles par les médecins scolaires et le traitement dentaire gratuit accordé aux enfants des familles pauvres.

CIMENT A L'IODO-FORMAGÈNE

M. G. Seitz, chirurgien-dentiste à Constance, s'exprime ainsi dans son nouvel ouvrage sur l'anesthésie locale au ciment à l'iodo-formagène :

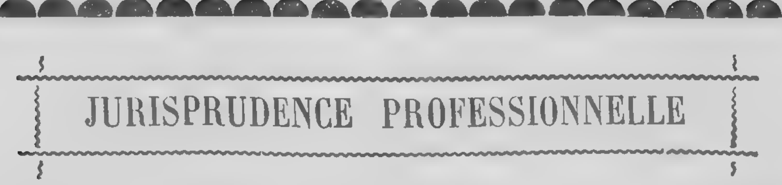
Sous ce nom la maison E. Simonis, de Berlin, met en vente un produit qui représente essentiellement une combinaison de sel d'iode et de formaldéhyde d'une part, d'eugénol — acide carbonique — lysol, de l'autre. Ces deux composés, préparés à la manière des ciments, donnent une combinaison d'iode et de formaldéhyde durcissant vite et se développant lentement et d'une manière durable.

Lepkowski a essayé ce produit à fond avec la formaline et le formagène sur les dents de chiens vivants et aboutit à cette conclusion, en se basant sur ces expériences, que l'iodo-formagène agit d'une façon plus sûre et doit être préféré pour le traitement en cas de pulpite marquée et avancée et en cas d'inflammation partielle de la pulpe.

Quoique nous ne puissions pas, à notre point de vue, approuver dans leur entier les affirmations de cet auteur, notamment en ce qui concerne les indications, nous devons avouer toutefois que le ciment à l'iodo-formagène est une grande conquête pour notre arsenal thérapeutique et que nous ne pouvons que le recommander pour la pulpulpite aiguë partielle. L'effet, avant tout l'anesthésie cherchée, se produit vite et pleinement et nous n'avons pas encore enregistré d'insuccès dans son emploi. La valeur de cet agent est augmentée par ce fait qu'on peut l'employer même quand il y a une légère inflammation du périoste, qui disparaît rapidement après son application ; en outre il faut le recommander beaucoup notamment pour le coiffage de la pulpe amputée. Nous l'avons employé à cet effet depuis deux ans dans plus de cent cas et nous n'avons observé aucun échec.

La préparation de l'iodo-formagène se distingue de celle des autres ciments en ce sens que l'agent ne doit être malaxé que jusqu'à consistance d'un liquide aussi clair qu'il est possible, qu'il ne contient par conséquent qu'une faible quantité de poudre et qu'il se compose essentiellement de liquide, ce qui permet à l'anesthésie de se produire promptement. Néanmoins nous voyons la pâte durcir aussitôt après son introduction dans la cavité et l'agent convient ainsi parfaitement aussi bien au coiffage des pulpes couvertes qu'au coiffage des pulpes exposées.

Voir la suite page 630.



JURISPRUDENCE PROFESSIONNELLE

L'Odontologie fait traiter ici par son collaborateur spécial les questions de jurisprudence que ses lecteurs désirent faire élucider.

PHARMACIE. — OUVERTURE D'OFFICINE. — DOUBLE QUALITÉ NÉCESSAIRE ; PROPRIÉTAIRE DU FONDS ET DIPLÔMÉ. — EXERCICE ILLÉGAL. — FERMETURE DE L'ÉTABLISSEMENT.

Tribunal correctionnel d'Agen : 15 novembre 1900.

Pour ouvrir une officine de pharmacie, il faut être à la fois pourvu d'un diplôme régulier et propriétaire de l'officine.

Celui qui ouvre une pharmacie sans remplir l'une et l'autre conditions commet le délit d'exercice illégal de la pharmacie (Déclaration du 25 avril 1777, art. 6 ; — Loi du 21 germinal an XI, art. 25.)

Les tribunaux correctionnels ont le droit d'ordonner la fermeture d'une pharmacie illégalement ouverte, aussi bien sur les conclusions de la partie civile que sur les réquisitions du Ministère public.

Note. — Cette décision se trouve reproduite dans Journal *La Loi* du 19 décembre 1900 et dans la *Gazette des Tribunaux* du 24 août 1902.

Elle est, d'ailleurs, conforme à une jurisprudence solidement assise : C. Paris, 15 février 1859 ; — Cass. 25 juin 1859 ; — C. Paris, 19 février 1869 ; — C. Angers, 27 octobre 1877 ; — C. Lyon, 29 novembre 1894 ; — et nous ne relevons à l'encontre que des décisions déjà fort anciennes de la Cour de Paris : 19 août 1830, 31 juillet 1851 et 3 mars 1859.

Elle a, surtout en ce qui nous concerne, quelque intérêt relativement au cas de fermeture, même d'office ou sur la plainte de la partie civile, d'un établissement qui tombe sous le coup de l'exercice illégal de la profession (V. dans le même sens : Cass. 2 octobre 1834 ; — C. Nancy, 5 mai 1868.) Il s'agit là, en définitive, d'une mesure d'intérêt public.

F. W.

OFFICINE DE PHARMACIE. — VENTE A UN NON-DIPLÔMÉ. — NULLITÉ. — RÉPÉTITION DES FONDS VERSÉS.

Cour de Cassation (Req.) : 24 novembre 1902

La vente d'une officine de pharmacie à un non-diplômé étant contraire à l'ordre public, et, par suite, frappée de nullité, les paiements

faits en exécution de cette vente ont été faits sans cause ou sur une cause illicite, et la répétition peut en être ordonnée, — ce qui a été payé en vertu d'une obligation illicite n'étant pas dû.

(Delamare, c. Syndic de la faillite Rochette.)

Sur un pourvoi formé contre un arrêt de la Cour de Rouen du 23 novembre 1901, est intervenue la décision suivante :

La Cour,

Sur le premier moyen pris de la violation de l'article 1131 du Code civil et de la fausse application des articles 1183, 1235 et 1377 du même Code :

Attendu que Delamare ayant, en 1899, vendu son fonds de pharmacie à Rochette, étudiant non pourvu d'un diplôme, et celui-ci étant plus tard tombé en faillite, le syndic, après avoir revendu le fonds et les accessoires susceptibles de se déprécier, a réclamé à Delamare une somme de 7.038 fr. 65, formant la différence entre le prix originaire de 12.000 francs, et le produit de la revente : qu'il s'agit de savoir si cette action était recevable ;

Attendu que la vente d'une officine de pharmacie à une personne non diplômée étant contraire à l'ordre public, et, par suite, frappée de nullité, les paiements faits en exécution de cette vente se trouvent avoir été faits sans cause ou sur une cause illicite; que la répétition peut, dès lors, en être ordonnée, puisque ce qui a été payé en vertu d'une obligation illicite n'était pas dû ;

Sur les deuxième et troisième moyens tirés de la violation des articles 1182 et 1183 du Code civil et 7 de la loi du 20 avril 1810 ;

Attendu qu'il est constaté, en fait, par l'arrêt attaqué, que le syndic Rochette a offert, d'une part, de restituer, dans un délai déterminé, le fonds de pharmacie en nature ou sa valeur, d'autre part, de verser l'intégralité du prix obtenu aux enchères publiques par la vente des bocaux de faïence *vieux Rouen* et représentant exactement leur valeur vénale ; que ces offres, faites avant que la Cour se soit prononcée sur la demande en résolution, remettaient les parties dans l'état où elles étaient auparavant et répondaient suffisamment au vœu de la loi ;

Attendu, quant aux dommages-intérêts réclamés par Delamare pour la dépréciation du fonds de pharmacie, qu'il a été déclaré par la Cour qu'ils n'étaient pas justifiés ; qu'il résulte des diverses constatations de l'arrêt que cette déclaration vise aussi bien la dépréciation antérieure que la dépréciation postérieure à la revente ; que l'arrêt attaqué, dûment motivé, n'a, en conséquence, violé aucun des textes susvisés ;

Par ces motifs;

Rejette...

Note. — V. dans le même sens ; Cass. 13 août 1888 ; — C. Paris, 17 février 1891. — L'arrêt était intéressant à recueillir, car la même solution pourrait être appliquée en cas de vente d'un cabinet dentaire à un non-diplômé ou à un non-patenté de 1892.

F. W.

* * *

Le Recueil des dispositions réglementaires concernant le service de santé des hôpitaux et hospices civils de Paris, en vigueur à la date du 1er juillet 1902, remplaçant le Recueil publié

en 1899 et les extraits que nous en avons donnés dans *L'Odontologie* du 15 juillet 1902, vient de paraître.

Il contient relativement aux dentistes, les prescriptions suivantes, qui ont trait à la composition du personnel, à l'organisation du service, au mode de nomination, à la durée et à la nature des fonctions, et aux dentistes assitants.

Chapitre 1er ; Organisation du personnel.

Art. 1er. — Le service de santé dans les hôpitaux et hospices est fait par... des dentistes (Arrêtés du 20 août 1887, 18 novembre 1894 et 14 janvier 1896).

Chapitre 3, § 30 ; Dispositions spéciales à divers services.

Art. 99. — Un dentiste titulaire est attaché à chacun des hôpitaux dont l'importance et la nature l'exigent.

Les autres établissements sont répartis en groupes à chacun desquels est attaché un dentiste adjoint (Arrêtés des 20 août 1887 et 18 novembre 1891).

Art. 100.— Les remplacements des dentistes titulaires et des dentistes adjoints chargés de groupes sont assurés par des dentistes adjoints en nombre déterminé selon les besoins (Arrêt du 14 janvier 1896).

Art. 101. — Les dentistes adjoints des hôpitaux sont nommés au concours (Arrêté du 20 septembre-23 octobre 1901).

Art. 102. — Les dentistes titulaires sont recrutés, au fur et à mesure des vacances, parmi les dentistes adjoints chargés de service, et ces derniers parmi les dentistes adjoints attachés au service des remplacements (Arrêt du 14 janvier 1896).

Art. 103. — La nomination des dentistes titulaires des hôpitaux est soumise, comme celle des médecins, des chirurgiens, des accoucheurs, des ophtalmologistes et des oto-rhino-laryngologistes chefs de service, à l'approbation du Ministre de l'Intérieur ; ils ne peuvent être révoqués que par ce même Ministre, sur l'avis du Conseil de surveillance et sur la proposition du Préfet de la Seine (Arrêté du 20 septembre-23 octobre 1901).

Art. 104. — Les fonctions des dentistes titulaires des hôpitaux cessent de plein droit lorsqu'ils ont accompli leur 62e année (Arrêté du 20 septembre-23 octobre 1901).

Art. 105. — Les dentistes titulaires sont tenus de faire, dans les établissements auxquels ils sont attachés, en dehors de cas urgents pour lesquels ils peuvent être spécialement appelés, deux consultations par semaine, à la fois pour les malades de l'hôpital qui leur seraient indiqués par les chefs de service et pour les malades du dehors (Arrêté du 20 août 1887).

Le service des dentistes adjoints ne comporte pas de consultations externes. Ils doivent se rendre une fois par semaine au moins dans

chacun des établissements de leur groupe pour donner leurs soins aux malades qui leur seraient indiqués par les chefs de service (Arrêté du 20 août 1887).

Les visites des dentistes titulaires et des dentistes adjoints dans les hôpitaux doivent avoir lieu dans la matinée, à l'heure de la visite générale, de manière que les chefs de service soient à même de leur désigner ceux des malades traités dans leurs salles qui auraient besoin de leurs soins (Arrêté du 20 août 1887).

Art. 106. — Des assistants, pris exclusivement parmi les dentistes adjoints, peuvent être adjoints à certains dentistes titulaires, dont la liste est déterminée par le directeur de l'Administration, après avis du Conseil de surveillance [1]. Ces assistants sont nommés par le Directeur de l'Administration sur la présentation du dentiste titulaire, chef de service. Ils reçoivent une indemnité annuelle [2]. (Arrêté du 12 octobre 1899).

Dans le chapitre VI relatif au concours et sous l'article 193, § 2, figure une note ainsi conçue :

« Dans sa séance du 29 avril 1902, le Conseil de surveillance a émis l'avis que les concours pour les places d'oto-rhino-laryngologiste et de dentiste adjoint n'entraîneraient (également) aucune indisponibilité pour les chirurgiens.

Dentistes adjoints des hôpitaux.

Art. 220. Les candidats qui se présentent au concours pour les places de dentistes adjoints des hôpitaux doivent justifier :

1° Qu'ils possèdent, depuis trois ans révolus, le titre de docteur en médecine obtenu devant une Faculté de médecine française de l'État ;

2° Qu'ils ont accompli un stage de deux ans dans un service dentaire hospitalier.

Néanmoins, le temps de doctorat et de stage est réduit à une année pour les candidats qui justifient de 4 années entières passées dans les hôpitaux et hospices de Paris en qualité d'élèves internes en médecine.

Transitoirement, pour le premier concours, le temps de stage à exiger des candidats non anciens internes des hôpitaux sera réduit à une année.

Art. 221. Le jury du concours pour la nomination aux places de dentistes adjoints des hôpitaux se compose de cinq membres, savoir :

Un chirurgien et un médecin chefs de service, et trois dentistes titulaires des hôpitaux.

---

1. Les dentistes titulaires auxquels peuvent être adjoints des assistants sont ceux de *l'Hôtel-Dieu*, de *Saint-Antoine*, de *Lariboisière*, de *Saint-Louis* (Arrêté du 12 octobre 1899), — et de La *Charité* (Arrêté du 10 mai 1900).

2. L'indemnité des dentistes assistants est fixée à 500 francs par an.

A titre de mesure transitoire pour les deux premiers concours seulement, le jury se compose de deux chirurgiens et d'un médecin chefs de service et de deux dentistes titulaires des hôpitaux.

Art. 222. Les épreuves du concours pour la nomination aux places de dentistes adjoints des hôpitaux sont réglées de la manière suivante ;

Epreuves d'admissibilité :

1° Une composition écrite sur un sujet de pathologie générale interne ou externe, pour laquelle il est accordé deux heures ;

2° Une épreuve clinique sur un malade atteint d'affection médicale ou chirurgicale d'ordre général ;

3° Une épreuve clinique sur un malade atteint d'affection dentaire.

Il est accordé au candidat, pour chacune de ces deux épreuves, vingt minutes pour l'examen du malade et la réflexion, et quinze minutes pour développer oralement devant le jury son opinion sur le malade.

Epreuves définitives :

1° Une épreuve orale sur un sujet de pathologie ou de thérapeutique dentaire ; il sera accordé au candidat dix minutes pour réfléchir et un temps égal pour faire sa leçon ;

2° Une épreuve orale théorique de prothèse.

Pour cette épreuve, le jury pourra mettre à la disposition du candidat un moulage buccal sur lequel il demandera d'exposer théoriquement la construction et l'application d'un appareil. Dix minutes seront accordées au candidat pour faire sa leçon, après dix minutes de réfléxion ;

3° Une consultation écrite sur un malade atteint d'une affection dentaire ; il sera accordé au candidat quinze minutes pour l'examen du malade et trois quarts d'heure pour rédiger sa consultation ; cette consultation sera lue immédiatement.

Le maximum des points à attribuer pour chacune des épreuves est fixé ainsi qu'il suit :

Epreuves d'admissibilité :

Pour la composition écrite : 30 points.

Pour chacune des deux épreuves cliniques : 20 points.

Epreuves définitives :

Pour la première épreuve orale théorique : 20 points.

Pour la deuxième épreuve orale théorique de prothèse : 20 points.

Pour la consultation écrite : 30 points.

(Arrêté du 20 septembre 23 octobre 1901.)

Chap. VII. Indemnités, traitement, pensions ; dentistes, assistants...

Art. 279. Les médecins, chirurgiens, accoucheurs, ophtalmologistes et oto-rhino-laryngologistes chefs de service, les dentistes titulaires et les dentistes adjoints chargés de service, les assistants de chirurgie et d'accouchement et les assistants des services spéciaux reçoivent une indemnité annuelle pendant le temps de leur service [1].

(Règlement de 1839, art. 116.)

Note. — A titre de curiosité, nous relevons dans *Brièle* (Collection de *documents* pour servir à l'histoire des *hôpitaux de Paris*, extraits des Archives de l'*Hôtel-Dieu*) les indications suivantes. Autre temps, autres mœurs!

1658. *Dupont*, opérateur du *Roy*, demande à prendre les dents des personnes mortes à *Hôtel-Dieu*, pour en aider le public qui en aura besoin.

(L'autorisation lui a été refusée.)

1674. Un particulier a demandé permission d'arracher deux dents à chacun des malades de l'*Hôtel-Dieu* qui les auront belles, moyennant une rétribution qu'il en donnera. (Refus de la Compagnie.)

1751. Refus d'exercer les élèves dentistes sur les cadavres.

1786. Un chirurgien interne, *Hurel*, n'a pas cessé d'arracher toutes les dents aux cadavres dans la salle des morts, pour les vendre aux dentistes, et de porter des têtes et des cadavres entiers dans la chambre de garde, où il les décharnait et les faisait bouillir, pour en avoir les dents, qu'il vendait.

F. W.

---

1. Les indemnités allouées actuellement... sont fixées ainsi qu'il suit :

L'indemnité allouée aux dentistes titulaires est de 600 francs par an, et celle des dentistes adjoints chargés de service de 500 francs (Arrêté du 20 août 1887).

Celle des dentistes assistants est de 500 francs (Arrêté du 12 octobre 1890).

LIVRES ET REVUES

Handbuch der operativen Zahnkunst.

M. Ad. Peetz, de Mersebourg (Allemagne), vient de publier sous ce titre (*Manuel de dentisterie opératoire*) la 2e édition d'un traité très complet qui ne compte pas moins de 356 pages, de 220 figures et de deux planches, consacré à l'art du dentiste.

L'ouvrage se compose d'un très grand nombre de chapitres fort courts (103), ou plutôt d'articles sur la description des dents, le tartre, les maladies de la substance dure, les matières obturatrices, l'obturation en cas de pulpe saine ou malade, le traitement de la pulpe détruite par l'arsenic et de la pulpe gangrenée, les os de la face, l'extraction, les maladies des gencives et des maxillaires. Chacun de ces articles est subdivisé en sections.

Sous une forme très concise, ce volume contient tous les renseignements nécessaires à un praticien quant au manuel opératoire, aux instuments, aux médicaments etc.

Il est édité par la Berliner Union Verlagsgesellschaft, 22 Hohenstaufen-Strasse, Berlin ; il est en vente, relié, au prix de 15 marks.

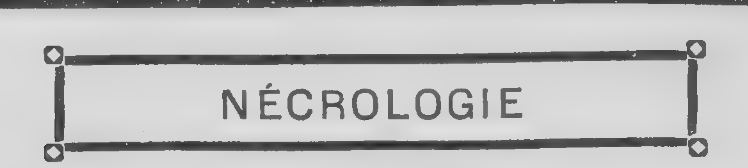
Annales antialcooliques.

Vient de paraître :

Les annales antialcooliques, journal mensuel, le premier journal antialcoolique qui soit indépendant de toute société de tempérance.

Publié sous la direction de M. le Dr Legrain, avec le concours des collaborateurs les plus éminents : MM. les Drs Brouardel, Landouzy, Letulle, Chauveau, Bouchard, Daremberg, M. F. Passy, etc., etc.

Administration, 12, rue de Condé, Paris, abonnement, 3 fr.



JOSEPH BARELLO

Nous apprenons la mort de M. Joseph Barello, décédé à Compiègne le 23 juin dans sa 28e année. M. Barello s'était particulièrement distingué durant les études qu'il fit à l'Ecole dentaire de Paris, où il s'était acquis l'estime et la sympathie de ses maîtres et de ses camarades.

Lauréat de l'Ecole dentaire de Paris, chirurgien-dentiste de la Faculté de médecine et membre de l'Association générale des dentistes de France, M. Barello s'était fixé à Compiègne et n'avait pas tardé à acquérir une réputation légitime de praticien habile.

Nous adressons nos vifs regrets à sa famille, ainsi qu'à M. et Mme Murat, qui l'ont entouré des soins les plus empressés jusqu'à ses derniers moments.

P. M.

DEMANDES ET OFFRES

PRIX d'une CASE, dans 3 numéros........................ **8** francs.
payable d'avance. (Pour les Abonnés de *L'Odontologie*. **5** »).

L'Administration de L'Odontologie *est à la disposition des vendeurs ou acheteurs pour transmettre aux intéressés les lettres adressées aux initiales indiquées, mais il est bien entendu que son rôle se borne à cette transmission.*

---

1 ***A REPRENDRE*** à *proximité de Paris* (25 minutes) petite clientèle pouvant facilement être *doublée* par un praticien pouvant y consacrer la journée complète. *Conditions modérées.* Le preneur aurait *gros intérêt* à traiter *de suite.* Ecrire *par poste* à M. D. L., aux soins de M. Papot, 45, rue de La Tour-d'Auvergne.
(**59-5**).

---

2 **A VENDRE Douze actions** de la **SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE FOURNITURES DENTAIRES**. Ecrire *par poste* aux initiales L. A. K., aux soins de M. Papot, 45, rue de La Tour-d'Auvergne, à Paris.
(**60-4**).

---

3 **A LOUER** un **appartement de 4 pièces,** loué *quatre cents francs* par an depuis *quinze ans* à un **dentiste**. — Conviendrait à un jeune dentiste désireux de s'établir. — S'adresser à *Morlaix*, 6, rue de Paris.
(**61-4**).

---

4 *Dentiste diplômé en Belgique*, ***OPÉRATEUR, AURIFICATEUR TRÈS CAPABLE, bon mécanicien*** faisant ***couronnes et travaux à pont***, demande ***SITUATION*** dans bon Cabinet, de préférence dans grande ville de Belgique. — Ecrire *par poste* aux initiales N. P. 12, aux soins de M. Papot, 45, rue de La Tour-d'Auvergne, à Paris.
(**62-4**).

---

5 **Dentiste-américain D. D. S.**, de *Philadelphie*, **diplômé de la Faculté de médecine de Paris,** demande place d'**OPERATEUR-ASSOCIE** à *Paris* ou *Province*. — Pourrait prendre éventuellement suite du cabinet. — Ecrire *par poste* aux initiales R. S. V., aux soins de M. Papot, 45, rue de La Tour-d'Auvergne, à Paris.
(**63-4**)

---

6 *Pour cause de santé.* **A céder de suite un CABINET**, *bien installé, bien situé* à Paris, faisant un minimum de 14.000 fr. d'affaires, appartement de 7 pièces, 1.500 fr. de loyer. Ecrire par poste aux initiales B. C. Q., aux soins de *L'Odontologie.*
(**64-4**).

---

7 **Très bon Cabinet dentaire,** situé sur les *grands boulevards, huit fenêtres de façade ;* chiffre d'affaires 28.000. frais généraux 12.000. — Prix 30.000 fr. dont 15.000 *comptant. — On possède les livres tenus à jour depuis 1882.* — Ecrire *par poste* aux initiales S. F. D., aux soins de M. Papot, 45, rue de la Tour-d'Auvergne, à Paris.
(**65-1**)

---

8 **OCCASION UNIQUE** pour DENTISTE POUVANT DISPOSER 1 OU 2 JOURS PAR SEMAINE, *25 min. de la Gare Saint-Lazare.* Aff. 6.000 fr. la 1[re] année, loyer et Contrib. 430 fr. A VENDRE 2.500 fr. comptant, instal. Salon et Cabinet compris. S'adresser à M. Fraenkel 38, Chaussée-d'Antin.
(**66-1**)

Avis relatif aux « DEMANDES ET OFFRES ».

La plupart du temps les confrères qui usent de nos « DEMANDES ET OFFRES » *désirent garder l'anonyme ; aussi indiquent-ils presque toujours simplement dans ces annonces les initiales sous lesquelles les demandes doivent leur être adressées par les soins de l'Administration du journal, dont le rôle se borne à cette transmission et qui ne prend à l'égard des affaires annoncées* aucune sorte de responsabilité.

L'administrateur rappelle aux intéressés que les lettres doivent lui parvenir **par la poste** *avec l'adresse ainsi libellée:* M. (initiales indiquées) *aux soins de M. Papot. Il les rend au facteur*, sans les ouvrir, *après en avoir complété l'adresse. Il ne peut donc personnellement donner aucun renseignement sur les affaires à traiter.*



Distinctions honorifiques.

A l'occasion des récompenses accordées par la Société d'encouragement au bien le 21 juin dernier, sous la présidence du Président de la République, les palmes académiques ont été remises à M. Ribouleau, chirurgien-dentiste à Reims.

Nos félicitations à notre confrère.

*
* *

Nous relevons dans un récent numéro du *Journal officiel de Madagascar et dépendances*, l'attribution d'une médaille d'honneur des épidémies (argent) à M. Rajoelina, médecin indigène de colonisation, chef de clinique, qui a fait preuve au cours de l'épidémie qui a sévi à Tananarive, de juin à décembre 1901, d'un dévouement digne d'éloges.

Nous adressons nos félicitations à M. Rajoelina, actuellement élève à l'Ecole dentaire de Paris, où il a été envoyé par le général Gallieni, gouverneur général de Madagascar.

Nominations.

Notre excellent confrère M. J. H. Spaulding, président de l'American Dental Club of Paris, vient d'être nommé membre élu de l'Association médicale américaine, section de Stomatologie.

Cette nomination témoigne de l'estime dans laquelle la profession dentaire est tenue aux Etats-Unis par la profession médicale.

*
* *

Le professeur Otto Walkhoff a été nommé par l'Université de Munich professeur extraordinaire et docteur en médecine *honoris causa*.

Nouvelle société dentaire.

La Société odontologique de Guipuzcoa (Espagne) vient de se constituer sous la présidence de M. Hippolyte Lobato.

Dentistes militaires.

Le service de santé du 8e corps d'armée prussien a chargé un dentiste de Trêves du traitement des dents des sous-officiers et soldats de la garnison de cette ville.

Il en est de même à Tilsitt (1er corps).

La réglementation a Hawaï.

Une loi en 17 articles, portant la date du 25 avril 1903, réglemente la profession dentaire à Hawaï.

Avis.

M. Choquet serait reconnaissant à ses confrères de Paris, de la Province ou de l'Etranger, de vouloir bien lui envoyer, pour des études qu'il poursuit actuellement, toutes les dents temporaires qu'ils ont l'occasion d'extraire.

INDEX ALPHABÉTIQUE DES MATIÈRES

1er semestre 1903.

A

AUTEURS (NOMS D').

DOCUMENTS PROFESSIONNELS.

E

ÉCOLE DENTAIRE DE PARIS.

F

FÉDÉRATION DENTAIRE NATIONALE.

FÉDÉRATION DENTAIRE INTERNATIONALE.

G

H

I

ILLUSTRATIONS

PLANCHES

NOUVELLES.

O

P

Châteauroux. — Imprimerie et Stéréotypie A. MELLOTTÉE.